

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第23期

(06.06-06.12)

医保

医疗

医药

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

• 医保信息化 •

▶ [智慧医保 ——以信息化助力医保高质量发展](#)（来源：专注医疗改革）——第 8 页

【提要】党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视信息化工作。习近平总书记深刻指出，没有信息化就没有现代化，信息化为中华民族带来了千载难逢的机遇，我们必须敏锐抓住信息化发展的历史机遇，推动信息领域核心技术突破，发挥信息化对经济社会发展的引领作用。国家医保局认真落实习近平总书记重要指示，抢抓机遇，扎实推动医保信息化建设取得新成效，为医保高质量发展提供坚实支撑。

▶ [惠民生、便经办，为医保信息化点赞！](#)（来源：《中国医疗保险》杂志社）——第 20 页

【提要】时间刻写奋斗的辉煌，记录勇毅前行的脚步。自 2018 年机构改革以来，新组建的医保系统从不断满足人民群众对美好生活的向往出发，立足新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，奋力推进医保事业高质量发展，取得了一项项具有里程碑意义的成效。其中，以智慧医保建设为标志的医保信息化标准化建设就具有里程碑意义，其建设成果深受老百姓和基层医保工作者的好评和肯定。

· 中医药动态 ·

▶ [发扬中医特色 走“三带三管三派”创新路](#)（来源：中国中医药报）

—第 33 页

【提要】今年以来，河南省濮阳市中医医院的骨伤、心病、康复“三大区域”中医诊疗中心逐步发挥引领作用，卒中、胸痛、创伤“三大中心”建设加快推进，北院区医养结合东扩用地、东院区建设、治未病康复综合楼建设、濮阳黄河中医药文化博物馆建设、河南省区域中医心病诊疗中心病房楼建设、老病房楼改造提升、濮阳市中药制剂中心建设等“七大工程”建设力度加大，综合救治能力大大提升，医院迈入了高质量发展新阶段。一幅以发扬中医药特色为内涵的壮丽画卷，正在龙都大地徐徐展开。

▶ [河南南阳：持续发力 传承创新发展中医药](#)（来源：河南省南阳市

融媒体）——第 36 页

【提要】2020 年，新冠肺炎疫情初期，南阳在全省第一个成立中医防治领导小组、公布中医药诊疗方案，组建中医专家组深入定点医院全程参与救治，充分发挥中医药治未病优势，通过发放艾草、中药预防制剂等手段提高易感人群免疫力，覆盖 40 多万人，为夺取疫情防控阶段性胜利发挥了重要作用。2022 年 3 月，针对新冠肺炎疫情多源多点并发的情况，邀请国医大师唐祖宣担任专家组顾问，全市县乡村所有中医机构面向就诊群众免费提供防疫中药预防茶饮。通过举办“仲景大讲堂”向辖区居民讲授中医药防病治病常识，传授八段锦等

通俗易学、便于操作的中医药预防方法和措施，切实筑牢疫情防控中医药防护网。

• DIP 改革 •

▶ [DRG/DIP 付费下，医院成本管理有哪些痛点与难点](#)（来源：厚立医视野）——第 39 页

【提要】公立医院从缺乏成本意识到重视医疗服务项目成本和病种成本，主要受国家层面政策推进和 DRG/DIP 付费方式改革的影响。在实践中，医疗服务项目成本核算复杂、病种成本核算受限、实施过程困难和核算结果难以转化，导致公立医院推进成本管理缓慢。DRG/DIP 付费下，公立医院应灵活采用多种核算方法，重视数据治理和信息化工作，加强核算结果运用，做好临床路径下的成本管理。

▶ [DIP 支付方式改革如何让看病就医更便宜](#)（来源：大象新闻）——第 47 页

【提要】今年，根据国家、省医保支付方式改革三年行动计划，郑州市在 16 家医院试水基础上，制定《DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案》，对 2022-2024 年郑州市 DIP 分值付费改革工作做出安排部署。什么是医保 DIP 支付方式？这种支付方式是如何让看病就医更便宜的？又是如何推进分级诊疗制度的？对话郑州市医保局价格与招标采购处处长李云杰，解析医保 DIP 支付方式在郑州的进展情况。

• 医保飞检 •

▶ [飞检全国医保账本！核酸费用、大三甲医院都是重点](#)（来源：第一财经）——第 50 页

【提要】国家医保局成立以来第一次公开发布飞行检查工作方案，明确将血液透析、高值医用耗材等基金安全的高风险领域列为飞检重点，同时还提出要对违规收费，包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用等进行检查。近日，国家医保局发布通知，将联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局开展 2022 年医保基金飞行检查，并随此通知发布了《2022 年度医疗保障基金飞行检查工作方案》。工作方案决定在全国范围内组织开展 2022 年度医疗保障基金飞行检查，飞行检查的对象为全国范围内定点医疗机构、县区级医保经办机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人；检查时间范围为 2020 年 1 月 1 日以来。这表明，今年医保飞检将倒查过去两年半期间医保基金的使用情况。

▶ [做好飞行检查后续处理 让“监管利器”更锋利](#)（来源：佛山市医疗保障局）——第 54 页

【提要】近日，国家医保局、财政部、国家卫生健康委和国家中医药局联合印发了《关于开展 2022 年度医疗保障基金飞行检查工作的通知》，意味着 2022 年度医疗保障基金飞行检查正式启动。近年来，各级医疗保障部门在检什么、如何检等方面都作了积极探索和归纳总结。前期，国家医疗保障局在官网上公告了 2021 年度医保基金飞行

检查情况,对飞行检查发现的主要问题,整改落实情况等进行了分析。笔者认为,规范飞行检查后续处理非常重要,只有规范飞行检查后续处理,才能避免“虎头蛇尾”,更好地发挥飞行检查“利器”之效,形成有效震慑。笔者结合执法实践,针对如何做好飞检后续处理浅谈几点意见。

• 分析解读 •

▣ [药品带量采购政策及趋势分析](#) (来源:动脉网) ——第 60 页

【提要】2019 年 1 月 1 日,国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》,首先在 4 个直辖市和 7 个副省级城市试点药品集采工作。历经近 4 年的摸索与实践,集采在化学药的基础上,又向生物药和中成药有序拓展,迄今已累计节约节约医保资金 2600 亿元以上,医药产业的发展格局也为之重新塑造,药品研发、生产、流通、使用各方良性竞争、合作共赢的局面初步形成。

▣ [《互联网诊疗监管细则\(试行\)》正式实施,划了哪些监管红线?](#)

(来源:vbdata) ——第 66 页

【提要】近日,互联网医疗重磅政策《互联网诊疗监管细则(试行)》正式发布并开始施行。与 2021 年的《互联网诊疗监管细则(征求意见稿)》相比,试行版文件整体变化不大,仍将重点放在互联网诊疗全流程的质量和安全监管上,整体目标仍然是促进互联网诊疗健康发展。不过,《细则》中关于病历记录及保存、线上处方开具、处方药销售、人工智能应用红线等的表述更加细致,为监管落地进一步明确

了标准。《细则》是针对近年来互联网医疗行业实践中的现实问题所制定，与从业者息息相关。具体来看，《细则》意在解决行业中哪些问题？划出了哪些红线？实施后对行业有何影响？

-----本期内容-----

• 医保信息化 •

智慧医保 ——以信息化助力医保高质量发展

来源：专注医疗改革

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视信息化工作。习近平总书记深刻指出，没有信息化就没有现代化，信息化为中华民族带来了千载难逢的机遇，我们必须敏锐抓住信息化发展的历史机遇，推动信息领域核心技术突破，发挥信息化对经济社会发展的引领作用。国家医保局认真落实习近平总书记重要指示，抢抓机遇，扎实推动医保信息化建设取得新成效，为医保高质量发展提供坚实支撑。

一、准确把握新时代医保高质量发展新要求，把信息化摆在更加重要的位置

习近平总书记在中央政治局第二十八次集体学习上对社会保障包括医疗保障提出了明确要求，指出要坚持系统观念，树立战略眼光，拓展国际视野，科学谋划“十四五”乃至更长时期社会保障事业，加强社会保障精细化管理。这为推进新时代医保高质量发展明确了方向，提供了遵循。医疗保障工作必须顺应时代大势，深入落实习近平总书记重要指示精神，通过信息化建设推动医保高质量发展迈上新台阶。

(一) 信息化是推动医保高质量发展的重要引擎

推动高质量发展，是“十四五”时期经济社会发展的主题，也是医疗保障实现新时代新发展的关键所在。从医疗保障自身建设情况看，无论是实现制度规范统一、解决不平衡不充分问题，还是发挥战略购买作用、提高基金使用效能，都需要掌握大账、明确细账，在更大程度上发挥信息化记录、收集、汇总医疗保障全流程数据的作用，为分析决策提供全方位、多层次、宽领域的信息化支撑。特别是在当前面对需求收缩、供给冲击、预期转弱三重压力，以及世纪疫情冲击、百年未有之大变局加速演进等日趋复杂的国内外环境下，更加要求医疗保障进一步树立战略思维，主动在“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局下谋划发展，以信息化建设独有的融合、链接、黏合等功能，打通医疗、医保、医药各领域，有效联接生产、分配、流通、消费各环节，在推进新时代医保高质量发展中发挥更大作用。

(二) 信息化是统筹发展和安全的“压舱石”

习近平总书记多次强调，网络安全和信息化是相辅相成的；安全是发展的前提，发展是安全的保障，安全和发展要同步推进。安全和发展是医保事业的“一体之两翼、驱动之双轮”。信息化是实现医保高质量发展的基础性工程，更是守护医保基金安全的“电子眼”和“顺风耳”。作为覆盖 13.6 亿参保群众的全世界最大医疗保障网，医保网络和数据不仅涵盖群众基本信息、健康信息、财产情况等个人隐私信息，更涉及国家生物安全、数据安全，关系社会和谐稳定和每

个参保群众的切身利益。只有不断加强网络安全、数据安全，才能有效保护参保群众利益。正基于此，《“十四五”全民医疗保障规划》明确将“建设智慧医保”和“建设安全医保”作为重要发展目标，一体谋划、一体推进。

(三) 信息化是提升群众医保获得感的加速器

习近平总书记指出，要运用大数据促进保障和改善民生。医疗保障作为与人民群众息息相关的民生事业，尤其需要发挥信息化作用，不断提升医保便民服务水平。随着全面建成小康社会第一个百年奋斗目标的实现，人民群众对医疗保障的需求正在从“有没有”向“好不好”“优不优”转变，希望享有更加公平可及、便捷高效的医保服务。在新型城镇化背景下，人口跨区域流动、向中心城市聚集成为常态。当前，我国有 1.25 亿跨省流动人口，每年异地就医超过 1 亿人次，参保群众对医保业务“跨省通办”需求强烈。医保信息化建设正是有效解决跨省异地就医直接结算需求的答案，真正实现“百姓少跑腿、数据多跑路”。不仅如此，信息化正在并将继续重构社会的生产生活方式，随着生物识别、人工智能、物联网等技术的推广应用，医保领域“放管服”改革正在跑出加速度，必将使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

(四) 信息化是撬动数字经济发展的强大支点

发展数字经济是把握新一轮科技革命和产业变革新机遇的战略选择。2020 年，我国数字经济核心产业增加值占国内生产总值(GDP)

比重达到 7.8%，数字经济规模连续多年位居世界第二位。近年来，数字经济发展速度之快、辐射范围之广、影响程度之深前所未有，正在成为重组全球要素资源、重塑全球经济结构、改变全球竞争格局的关键力量。医保数据覆盖范围广、迭代速度快、应用价值高，全国统一的医保信息平台建成后，平均日归集医保数据 1.7T，是一座宝贵的“金矿”。医保信息化建设通过汇集医保大数据，激发数字经济活力，推进数字产业化和产业数字化，在“互联网+政务服务”、助力基本公共服务均等化、远程医疗、电子健康档案等领域，都将有广阔的发展前景，是撬动数字经济发展的重要支点。

二、高起点高标准推进信息化取得新成效，为支撑医保高质量发展奠定坚实基础

在党中央、国务院的坚强领导下，全国医疗保障系统坚持以人民为中心的发展思想，敢于担当、奋勇拼搏、全力以赴、攻坚克难，推动信息化建设取得重要突破，解决了几代医保人想解决而没有解决的难题，办成了几代医保人想办而没有办成的大事，为支撑医保高质量发展奠定坚实基础。

（一）医保“普通话”全面普及应用

按照“统一规划、统一分类、统一发布、统一管理”的总体要求，建立 15 项医保信息业务编码标准，健全动态维护机制，扎实推进信息业务编码落地应用。截至 2022 年 4 月底，累计发布疾病诊断代码 3.3 万条、手术操作代码 1.3 万条、医疗服务项目代码 1.4 万项、药

品代码 20 万个、医用耗材代码 6.1 万个(涉及单件产品 8 万个、规格型号 687 万条), 全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团均已通过贯标验收, 构筑了全国统一的医保标准库和数据池, 医保“普通话”全面普及, 彻底结束了数据不互认、信息不共享的历史。

(二) 医保信息系统互联互通全面覆盖

按照统一、高效、兼容、便捷、安全的原则, 推进全国医保信息平台建设。印发 33 项技术规范, 运用中台技术, 以便捷可及“大服务”、规范高效“大经办”、智能精准“大治理”、融合共享“大协作”、在线可用“大数据”、安全可靠“大支撑”为目标, 建设标准全国统一、数据两级集中、平台分级部署、网络全面覆盖、项目规范建设、功能高效便捷、安全保障有力的医保信息平台。目前, 全国统一的医保信息平台已在全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团上线应用, 涵盖公共服务、经办管理、智能监控、宏观决策四大类共 14 个子系统, 结算平均响应时间约 0.8 秒, 性能平均提升 3—5 倍。系统有效接入约 40 万家定点医疗机构和 40 万家定点零售药店, 覆盖全国 13.6 亿参保人, 日结算约 1800 万人次, 数据实现实时、准实时汇集, 彻底结束了系统分割、区域封闭的历史。

(三) 网络基础设施和数据安全防护体系基本形成

加强制度建设, 先后印发《网络安全和信息化建设管理办法》《数据安全管理办法》《关于加强网络安全和数据保护工作的指导意见》等文件, 持续完善网络和数据安全管理体系。夯实硬件基础, 加强数

据中心基础设施建设与管理，扩容核心业务区云平台资源，优化云平台高可用架构，加强备用链路建设，做好备份和恢复管理。积极加强与相关互联网企业、科研院所交流合作，引入先进安全管理经验和技
术，做好安全技术人才培育，开展国产密码算法应用改造和商用密码应用安全性评估。常态化开展数据安全检查，加强网络安全防护演练，指导各地做好网络和数据安全保护，防范医保数据滥用和泄露风险。目前 14 个子系统全部通过等级保护测评和密码测评。全面实行 7×24 小时安全值守，成功拦截境内外网络攻击，网络和数据安全防护体系基本形成。

(四) 医保数据归集治理应用有序推进

加强数据规范治理，先后发布医疗保障信息平台数据归集技术规范、地方医疗保障信息平台数据迁移转换工作指南等相关文件，适时更新数据库和交换库设计说明书，不断优化数据归集技术方案，完善工作机制。开展数据治理试点，成立专项工作组，建立考核制度，加强沟通协调，推动国家与省联动，每日跟进计划进度，梳理总结工作经验。加快推进各地历史数据上传，做好数据质量监控，持续提升医保数据质量。目前，已累计处理数据库表结构和数据字典变更申请 4200 多次，更新发布质控标准 6200 余条，累计归集医保数据超 5300 亿条，月脏数据率由初期的 25%下降到目前的 15%。医保大数据逐步应用，形成系列数据分析研究报告，为医保宏观分析和政策制定提供数据支撑。

(五) “互联网+医保”发展取得新突破

持续推进医保电子凭证激活应用，全渠道累计激活超过 11.5 亿用户，累计结算超过 8.7 亿笔，就医购药正在从“卡时代”迈进“码时代”。大力推动医保智能服务普及应用，持续优化医保移动支付、异地就医备案、个税大病专项扣除、基本服务查询等模块，目前国家医保服务网厅和 App 实名用户超过 1.7 亿个，亲情账户数超过 1 亿个，31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团实现国家医保服务网厅单点登录，全面完成 2021 年政务服务事项“跨省通办”任务。坚持智能创新和传统服务相结合，提供在经办窗口激活医保电子凭证功能，加快 App 适老化改造，提供亲属代办功能，方便亲人为老年人和儿童代办医保业务，完成有关技术接口开发，方便群众根据需要自主选择使用二维码、身份证、社保卡、人脸识别等多种身份识别介质就医购药，提供微信、支付宝、银行、政务服务应用等 190 多个渠道的医保电子凭证激活、展码等功能。

三、充分发挥信息化新效能，为医保治理体系和治理能力现代化提供强大动力

随着全国统一的医保信息平台在全国落地应用，信息化建设成果在支撑医保管理决策、推进医保领域改革、提升医保服务水平等方面已经发挥了积极作用，并加速提升医保治理体系和治理能力现代化水平，为医保高质量发展赋能。

(一) 基础更坚实

全国各类历史数据、准实时数据和实时数据的归集汇总，为各地医保政策制定、科学决策、应用分析等提供了基础支撑。过去，重复参保、参保不实等问题严重；而今，参保数据实现实时查询比对，从技术上大幅减少了重复参保发生的可能，助力提升全民医保参保质量。通过部门间数据比对共享、建立低收入人口医疗费用监测等举措，纳入监测的低收入人口参保率始终保持在 99.9% 以上；加强对监测人群的动态管理，符合条件的及时纳入救助范围。信息化为提高医疗救助对象识别能力，巩固脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴，发挥了重要作用。在多层次医疗保障体系建设中，依法依规探索推进与商业健康保险信息平台等信息共享，提升商业健康保险、医疗互助、慈善医疗救助等服务水平，促进基本医保与商业健康保险协同发展。特别是在应对新冠肺炎疫情中，依托医保信息平台新冠肺炎统计、新冠病毒疫苗及接种费用统计等相关功能模块，及时汇总有关数据，有力支撑新冠病毒疫苗及接种费用保障，助力构建全民免疫屏障。

（二）管理更科学

医保历来是三分政策、七分管理，守护好群众的救命钱，必须在提升管理上做文章。依托医保信息化建设，对历史政策全面梳理，能及时发现并清理不符合待遇清单要求、不符合医保发展方向的政策规定，促进医保科学管理、精细治理。在基金监管工作中，通过动态采集分析业务数据，可实时筛查医保异常结算情况，精准定位虚构就诊记录等欺诈骗保行为，促进大数据全方位、全流程、全环节智能监控，

助力事前提醒、事中预警、事后审核，提升医保智能监管能力和监管效能，促进基金有效使用。2018年至2021年，全国共检查定点医药机构超过240万家次，处理近115万家次，累计追回医保基金583亿元，其中，智能监管发挥了重要作用。在统筹层级方面，各地医保信息平台部署层级普遍较高，有辽宁、安徽、山东、江苏四个省采用省、市两级部署，有27省(区、市)和新疆生产建设兵团采用省级集中部署，这种顶层设计可有效助力巩固提高基本医疗保险统筹层次，促进基本医疗保险公平统一。

(三) 改革更有力

全国统一的医保信息平台建成后，为医保重大改革提供了更有力的支撑。在支付方式改革方面，各地使用统一的医保信息业务编码上传医保结算清单，能及时、准确、全面地传输DRG/DIP付费所需信息，完成了医保支付方式改革关键的一步。通过部署使用支付方式管理子系统DRG/DIP功能模块，促进建立管用高效的医保支付机制，助力DRG/DIP支付方式改革向纵深发展。在药品和医用耗材集中带量采购方面，使用统一的数据规范和技术标准可以实现医药采购信息接口统一、交互规范、实时同步；贯彻统一的医保信息业务编码可以实现全流程数据留痕，做到“带码招标、带码采购、带码结算”，及时、准确、完整地维护相关信息，实现生产企业和医药产品信息统一认证和动态管理，有助于深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。在价格监测方面，通过信息化工具，可促进全面建立公立医疗机构药品和

医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升价格异常变动的分析预警应对能力，促进药品和医用耗材价格常态化监管。

(四) 服务更便捷

让群众更满意，是医保人不懈的追求和目标。随着信息化水平不断提高，医保服务场景更加丰富。通过业务数据在全国范围的快速流转，已经支撑实现基本医疗保险参保信息变更和关系转移接续、居民医保参保登记、医保定点医疗机构基础信息变更等政务服务事项“跨省通办”。依托全国统一的医保信息平台，所有统筹地区均可通过国家异地就医备案小程序和国家医保服务平台 App 实现跨省异地就医线上备案，2021 年累计成功办理备案约 80 万人次。医保信息平台还架起了覆盖全国的医保结算“高速公路”，可在全国范围内实现跨省异地就医直接结算，2021 年全国住院费用跨省直接结算 440.59 万人次，同比增长 46.8%。依托国家医保服务网厅和 App，加载医保信息查询、药品目录调整申报、医保移动支付等模块，方便群众线上办理医保相关业务，为群众提供“搬到家里的医保服务点”“装在口袋里的医保服务厅”，推动医保服务“掌上办”“网上办”，提高业务办理效率。在新冠肺炎疫情防控中，发挥信息化技术优势，实现医保业务全程网上办理，有效减少人员聚集，确保疫情期间群众医保服务“不断线”。推进医保电子处方流转，实现处方信息在定点医药机构之间流转，群众可根据需要自主选择符合条件的定点医药机构使用电

子处方购药，有效解决群众在购药中的急难愁盼问题。

四、续写信息化发展答卷，更好谱写医保高质量发展新篇章

当前，医保信息化已由建设阶段转向运维阶段，尽管取得了很多成绩，但面对繁重的医保改革任务，面对 13.6 亿参保群众的新期待，信息化建设必须再接再厉、乘势而上，始终胸怀医保改革发展大局，为谱写医保高质量发展新篇章再立新功。

（一）更加注重运维管理

规范管理是平台安全平稳运行的关键。要以推进医保信息业务编码和医保信息平台应用为契机，逐项梳理医保各项业务内容，研究并优化工作方案，完善工作流程、工作方法、审核标准、目标要求等项目，建立完善的医保信息化管理体系。规范需求审核、网络安全、系统变更、应急处置、配置管理、备份恢复等重点环节运维管理，严格落实工作责任，做到权责分明、流程清晰、处置科学，保证医保系统各项运维工作顺利推进。加强系统集成、协同推进，确保各相关单位都有效参与、高效配合，并与时俱进地根据需要及时优化改进管理规范，推动医保信息化各项运维工作规范有序健康发展。

（二）更加注重安全发展

安全发展是医保高质量发展的应有之义。要牢固树立和践行总体国家安全观，认真落实《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》等相关要求，持续完善网络和数据安全管理制度，建立健全网络和数据安全保护体

系。完善数据分类分级认定规则，健全相关安全保护策略，加强安全队伍和技术能力建设，重视核心数据和重要数据防护，做好关键信息基础设施保护。以更大力度开展网络和数据安全检查，加强重要数据备份、存储和应用，做好安全风险处置演练，加强重大活动期间安全保障，全面筑牢医保信息化安全屏障，为医保事业行稳致远保驾护航。

(三)更加注重服务效能

信息化是连接医保与群众的重要桥梁，信息化服务的好坏，群众感受最直接、体验最深刻。要持续做好编码动态维护，提升医保信息平台的稳定性和安全性，打好信息化发展基础。加快推广应用医保信息业务编码和医保信息平台，持续优化平台性能，推进信息业务编码和平台在就医购药中的全流程应用，不断增强医保服务能力，提升医保服务效能。发挥医保公共服务子系统作用，以国家医保服务网厅和App为“小切口”，加快推进医保移动支付、电子处方流转等落地应用，提高医保电子凭证实际应用水平，加快形成线上线下相结合、智能服务与传统服务相结合的综合医保服务体系。加强部门间沟通协作，充分发挥协议管理作用，调动定点医药机构积极性，推动医保全量接口改造到位、运行稳定。

(四)更加注重智慧发展

智慧医保既是医保发展的手段，也是医保发展的目标。要加强数据治理，提升数据质量，有效发挥医保信息平台优势，实现医保相关数据的高效采集、存储、清洗和使用，夯实医保智慧发展基础，助力

提升医保大数据综合治理能力。依法依规开展数据共享，丰富数据应用场景，挖掘医保数据价值，充分发挥数据这一生产要素作用，不断推进医保数字经济发展。全面建立智能监控制度，提升医保智能监管能力，实现大数据全方位、全流程、全环节智能监控。深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用，更好服务医保科学决策和便民服务。完善“互联网+医疗健康”医保服务，不断完善“互联网+医疗健康”政策体系、服务体系和评价体系。

[返回目录](#)

惠民生、便经办，为医保信息化点赞！

来源：《中国医疗保险》杂志社

时间刻写奋斗的辉煌，记录勇毅前行的脚步。自2018年机构改革以来，新组建的医保系统从不断满足人民群众对美好生活的向往出发，立足新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，奋力推进医保事业高质量发展，取得了一项项具有里程碑意义的成效。其中，以智慧医保建设为标志的医保信息化标准化建设就具有里程碑意义，其建设成果深受老百姓和基层医保工作者的好评和肯定。

为“刷码办”点赞

参保人员就医购药由“刷卡办”到“刷码办”，尽管只是一字之别，但其内涵却是医保经办服务方式的数字化转型，是群众就医购药便利度的进一步提升，是医保系统贯彻落实我国“放管服”改革关于放要放出活力、放出创造力，管要管出公平、管出质量，服要服出便

利、服出实惠这一总要求的具体体现。“刷码办”使参保群众的获得感、幸福感、安全感变得更加充实、更可持续、更有保障，纷纷从多种视角为这一时尚的就医购药方式给予点赞。

“刷码办”体现了医保经办精细化服务的“医保精办”。

20世纪80年代从温州到成都做服装生意的陈先生说，他使用过纸质的医保本、医保IC卡、社保卡，现在又用上了标志着进入“码时代”的医保电子凭证。就医凭证的变迁，实际上是医保制度越变越好的标志，说明我国的医保事业走出了一条高质量发展的道路，老百姓的体验感和幸福感与日俱增，增强了对医保制度的信赖感、对医保服务的温暖感、对医保部门的亲切感、一生跟党走的忠诚感。参保群众看病、买药、报销医药费变得越来越方便了，省时省力更省心。这位私企老板还坚定地表示：“我感觉，‘刷码办’使医保经办变成了精细化服务的‘医保精办’。”据当地医保部门的工作人员介绍，陈先生不仅是一名成功的创业者，还是一名热心的医保政策宣传员，特别是在居民医保制度建立初期，有些人对参保缴费持观望态度，陈先生年年带头参保缴费，还参加了职工医保，带动一大批人参加了居民基本医保。他关心医保改革，注重研究医保政策。“4+7”药品集采试点时，有些人对使用通过一致性评价的仿制药心存疑虑，他又带头使用经过集采的仿制药，并用自己归纳的原研药与仿制药“质量同等、治病同效、剂型同规、花钱大减”的“三同一减”宣传国家的集采改革，被身边人称为“医保通”。

“刷码办”使参保群众就医购药“最多跑一次”更有把握。

现在的年轻人都离不开手机，看病拿药时在手机上出示医保电子凭证就可以办妥，与刷码乘公交、吃饭扫码结账、进电影院刷码购票等等公共服务一样，为新潮的生活方式又增添一道亮色。苏州市的陈向民是一名青年职工，因患皮肤病每周需去医院看病买药。虽说就医频次多，但使用医保电子凭证后，每次耗时短、办事快、办得准，都是一次办成，增添了就医的轻松感。小陈还说，过去凭卡就医也挺方便，但忘记带卡的事也曾发生，遇到这种情况，不得不跑回家找卡，第二次再跑医院就医，而刷码就医则完全避免了这个问题，使“最多跑一次”更有把握。因为年轻人都是手机不离手，虽说落下了一个“低头族”的名声，但在手机上刷码就医购药为实现“最多跑一次”增添了保险系数。

“刷码办”对参保人更便利，也更实惠。

重庆市职工医保参保人向新明说：“参加医保四年来，自己虽然没有看过病，既没刷过卡也未刷过码，但我深知刷码的便利是不容置疑的，便利意味着医保制度的可得性进一步增强，看病就医时政策规定的待遇能够即时享受，这种可得性就是获得感。”他还表示，医保系统大力推广应用医保电子凭证，其目的就是确保参保群众应该享受的待遇能够及时享受。所以，他从内心支持“刷码办”，不仅自己激活了医保电子凭证，还对家人、同事、邻居进行技术上的指导服务。在目前来看，使用医保电子凭证还是件新鲜事，除了医保部门要做好

相关的推广应用工作，也需要参保人积极配合，会使用的帮助不会使用的，形成能者为师的局面，这样就可以加速推进医保电子凭证的使用。

“刷码办”的直接意义是更便捷，深层意义是建设高质量医保。

与我们建立联系机制的四川省 13 名参保人认为，在参保规模上，我国已经建成世界上最大的全民社会医疗保障网，现在正向更可持续的高质量发展目标迈进。推进医保高质量发展，一靠政策的适中，二靠服务的创新，国家对这两个方面都作出了全面部署。深入推进经办服务的数字化转型是全民医保高质量发展的一项重要内容，就医结算从“刷卡办”到“刷码办”就是经办服务方式的进一步创新。他们表示，建设高质量医保人人有责，更需要人人尽责，从医保人到参保人，都应该从全民医保高质量发展的视角积极推进医保电子凭证应用，齐心协力推动我国全民医保从“规模最大”向“质量更优”发展。

将以“刷码办”为标志的智慧医保建设与优化营商环境紧密联系起来，彰显医保中心服务职工、服务企业、服务经济发展的大局意识。陕西省长武县参保职工对县医保中心推进智慧医保建设的举措和实效给予了由衷地点赞。长武县医保中心紧紧围绕“优化营商环境，提升医保服务水平”这一主题，着力推行医保事项掌上办、网上办。参保职工可通过手机 App 办理异地就医备案、企业参保人员就医结算等业务。与此同时，县医保中心以“放管服”改革为主线，以大数据共享应用为手段，着力打造“审批最少、流程最优、服务最好、效率最

高、获得感最强”的医保经办服务体系。参保职工需要转移医保关系时，还允许其同事代为办理，最大限度让参保职工少跑路。对此，企业职工称赞县医保中心的智慧医保建设有大格局，是大局意识、政治意识的实际体现。

参保群众对“刷码办”的点赞，是对智慧医保建设成果的肯定，说明这件事办到群众心坎上了。据了解，自从新的医保管理体制建立以来，我国智慧医保建设取得显著进展。到2021年底，全国各省份和新疆生产建设兵团均已开通医保电子凭证应用。医保电子凭证全渠道激活用户超10.6亿户，结算超6.7亿笔；医保服务网厅和App实名用户超1.7亿人，其中亲情账户数超1亿个，刷脸就医、医保代办、跨省通办等高频政务服务频次激增，许多地区“不见面办”的网办业务占比达到90%以上。这标志着，参保群众就医购药已开始从“卡时代”迈进“码时代”，智慧医保雏形初现，智能医保服务时代即将到来。参保群众对“刷码办”的点赞也是一种激励，激励医保人再接再厉，推动智慧医保建设取得更大的成效。

为医保信息化翻开新篇章点赞

“‘刷码办’，使我们明显地感觉到我国的医保信息化建设跑出了‘加速度’，翻开了新篇章。”重庆市医保部门和受访的参保人感慨地说，成功建成全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息平台，实现了“书同文、车同轨”，就是“翻开新篇章”的实践之证。从国家医保信息平台全面开建，到在全国各地全面落地应用，仅用了

2 年 11 个月，堪称名副其实的“加速度”。

2019 年 4 月，国家医保信息平台招投标工作正式启动；2020 年 10 月，国家医保信息平台主体建设完成，平台建设重点开始转向地方落地应用。截至 2022 年 3 月底，国家医保信息平台已在全国 31 个省份和新疆生产建设兵团上线。这标志着，历时 2 年 11 个月，全国统一的医保信息平台全面建成。

国家智慧医保实验室的率先建成，也是智慧医保建设跑出“加速度”的一个例证。两年前的 5 月 21 日，重庆市一家企业人力资源部负责人江女士参观国家智慧医保实验室后对调研人员说：“没想到这里对医保政策的解读这么全面、这么实用，没想到这里还有创新性、启迪性的典型案例展示，没想到整个实验室对信息新技术应用得如此恰到好处，颇具‘智慧范儿’。”这位女士的几个没想到，不正是对智慧医保建设跑出“加速度”的肯定么！

广东省汕尾市是全国第一个成功上线国家医保信息平台的城市，时间是 2020 年 11 月 1 日，即国家医保信息平台主体工程建成的次月。当时，汕尾市上线国家医保信息平台医疗机构达到 94 家，定点药店 250 家，全市 300 多万参保群众从此可享受更加方便快捷、优质高效的医保服务。对此，汕尾医保人和参保群众的体验感为之一新：既为本市成为第一个上线国家医保信息平台的城市而感到自豪，更为率先享用全国统一的新信息平台而感到满足。

“医保标准化信息化建设开启了新篇章”。

这是汕尾市医保局原局长吴城鑫的感受。他在为《中国医疗保险》杂志撰写的文章中说，“国家医保信息平台在我市成功上线，开启了医保标准化信息化建设的新篇章。”接着，他用“五个率先”介绍了信息平台建设成果，第一个是率先上线医保业务子系统。汕尾市已经上线的医保信息子系统包括内部统一门户子系统、支付方式管理子系统、基金财务管理子系统、公共服务子系统、运行监测子系统、基础信息管理子系统、异地就医管理子系统、医保业务基础子系统等。这些子系统的上线运行，使平台功能不断完善，医保治理能力和服务水平上了一个新台阶，医保所有业务实现“全面、全部、全程”在平台上运行，成为名副其实的医保标准化信息化建设的新篇章。

“智能服务常态化成为我们的新体验”。

这是汕尾市参保群众的共同感受。国家医保信息平台上线后，汕尾市医保服务事项的“网办量”“掌办量”等智能化服务空前增加。参保群众将医保事项“网上办”“掌上办”称为新潮服务方式，并且认为这种新潮服务方式正在向常态化发展。汕尾市智能服务常态化既有机制保障，又有明确的以打通群众办事难点堵点为主攻方向的目标——市医保局建立了医保服务事项拟上线应用清单，通过网络问卷、基层调研、大数据分析等方式，广泛收集医保领域群众办事的难点堵点，并将直接涉及群众、办理量大的事项优先上线“粤省事”“粤医保”等各类平台，还在广东政务网上及时发布更新医保事项办理指南，使“网上办”“掌上办”的医保事项不断增加又不断更新，实现了智

能服务的常态化，显著提升了参保人的体验感。对此，有参保人评价“盼望什么有什么，智能服务常态化，遇到难点网上办，医保平台威力大”。

“自助办扩容使医保办事方式有了新选择”。

这是汕尾市参保群众独到的感受。一方面，借助率先上线国家医保信息平台的契机和优势，市医保局将基本医保参保和变更登记、生育保险备案登记等 16 项高频政务服务事项纳入“全市通办”，真正实现了数据多跑路，群众少跑腿；另一方面，率先拓展医保政务服务“一体机自助办”，市医保部门按照汕尾市“数字政府”建设要求，依托国家医保信息平台，在省医保局统一部署 30 项政务服务事项进驻政务“一体机”的基础上，汕尾市又将具有本地特色的门诊慢病特殊病申请认定、生育津贴支付等 6 项政务服务事项申请进驻“一体机自助办”，使汕尾市进驻“一体机自助办”的政务服务事项达到 36 项，被群众称为解决急难愁盼问题的“三十六计”和“医保办事方式的新选择”。有参保人将这一举措称赞为“汕尾扩容自助办，百姓办事更方便，三十六计融一体，效率提升省时间”。还有的参保人将这一举措比喻为“医保智能服务的锦上添花”。

汕尾市医保人和参保人的感受，仅仅是全国的一个缩影。随着国家统一的医保信息平台在全国各地全面上线应用，过去医保信息系统分割、区域封闭、“烟囱”林立的历史宣告结束，取而代之的是全国统一的互联互通的医保信息平台，参保群众的体验感将会像汕尾市参

保人一样更新更深。

为医保有了全国统一的“普通话”点赞

通过几年来开展的学标准、懂标准、用标准的活动，医保系统、医药机构和参保群众对标准化的作用有了较为深刻的认识，对建设医保标准化体系与形成医保“普通话”、医保信息化与标准化之间的关系等问题有了清晰的理解，纷纷为医保标准化特别是建成全国统一的医保基础共性标准，形成全国统一的“通用语言”而点赞。

“普通话”就是各种标准，有了标准才能形成“普通话”。这是四川、重庆、广东、上海医保系统的基层工作者对标准与“普通话”之间关系的理解。他们在受访时对笔者说，医保标准化是一个内容丰富的体系，包括医保信息业务编码标准、统一的标识、统一的档案管理规范等，还包括与医保信息化建设相关的网络安全、数据交换、运行维护等技术标准。

谈到医保标准化建设的进展情况，上述受访者用“两个空前”作了如下分析。一是医保标准体系建设取得了空前成效。国家医保局组织各地医保部门全面推进 15 项业务编码的贯标应用，到 2021 年底已发布疾病诊断代码 3.3 万条、手术操作代码 1.3 万条、医疗服务项目代码 1.4 万项、药品代码 19.6 万个、医用耗材代码 6.7 万个。取得这些成绩，具有里程碑意义，它标志着我国医保制度建立运行 20 多年来尚未形成统一的标准体系的短板被补齐，全国统一的标准库和数据池已经建成，为推进医保治理现代化提供了数字化支撑；标志着过

去那种数据不互认、信息不共享的历史宣告彻底结束，为医保信息化标准化奠定了坚实基础。二是医保系统和定点医药机构学标准、懂标准、用标准的活动空前持续开展。不仅如此，这种“学、懂、用”活动在基层医保系统和定点医药机构越来越自觉、越来越常态，也越来越长效，已经成为新时代的医保工作者“缺不得、离不开的新技能”，成为医保经办机构的一项“缺不得、离不开的基础性、专业化建设”。他们还表示，学标准、懂标准、用标准，是医保人和经办机构新时代的一道“必答题”，为了推进医保治理能力现代化，精准精细地为老百姓解决医保领域的急难愁盼问题，我们誓将这道“必答题”变成“优秀答题”。

医保信息化发展的趋势也要求医保人做优这道标准化应用的“必答题”。受访者认为，促进标准化与信息化融合是客观要求，标准化是信息化建设的基础支撑，信息化对标准化建设工作有着提升引领作用。医保系统应将信息化贯穿标准化建设工作全程，提升数据收集、分析和整理效率，利用信息化平台开展事件管理，实行全程留痕，达成精准精确管理的效果。

为医保人“奋进新征程、建功新时代”的笃行不怠精神点赞

建成全新统一的全国医保信息平台、全新统一的医保标准库和数据池，并在全国各地全面落地应用，其直接动力是医保系统步调一致，奋进新征程、建功新时代的境界取得的成果，根本动力是坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决贯彻党中央、国务院决

策部署，不断增强政治定力、大局意识取得的成效。

“医保部门为加快建成全国全新的信息平台、加快医保标准化体系建设所展现出来的精神风貌和务实作风，我们都耳闻目睹。”笔者在苏州市调研时，刚在医院完成刷码结算的一家公司人力资源部负责人陈先生自我介绍说，他是11年前从河南来苏州务工的，开始那几年，医疗费要回老家的参保地报销，4年前可以在苏州刷卡结算，今天又实现了刷码结算。这一变化就是建成全新的医保信息平台、形成全国医保“普通话”的一个例证。自己虽然没有参与信息平台、标准化建设的全过程，但能感受到信息平台和标准化建设的速度，感受到医保部门为老百姓办事的温度，感受到看病就医结算的便利度。他还说：“如果没有全国统一的信息平台和标准化，我今天就不可能在苏州实现刷码结算。这也是医保人奋进新征程、建功新时代的一项实绩。”

受访的基层医保工作者和参保群众代表还联系自己的所见所闻深入分析了建成全新的医保信息平台、形成全国“普通话”的若干关键因素。

统一的决策部署是首要因素。国家医保局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深刻领会和坚决贯彻习近平总书记关于“没有信息化就没有现代化”的重要论述，坚决贯彻党中央、国务院的重要决策部署，从推进医保治理现代化和医保事业高质量发展的要求出发，及时作出全国统一的医保信息化建设的决策部署。2019年1

月4日,《国家医疗保障局印发关于医疗保障信息化工作的指导意见的通知》,明确提出坚持顶层设计、统筹规划,坚持标准先行、夯实基础,坚持协同共享、整合利用,坚持底线思维、安全可靠的医保信息化建设原则,并且一以贯之地“加强信息化工作的统一领导和集约建设”,为医保信息化建设跑出“加速度”“翻开新篇章”提供了可靠的路径遵循和制度保证。基层医保工作者普遍认为,建成全新的医保信息平台,其首要因素就在于“坚持顶层设计、统筹规划”和“统一领导和集约建设”。全新的医保信息平台新就新在“全国统一”上。

敢于作为和善于作为相统一是关键因素。过去医保系统没有建设全国统一的医保信息平台的方案,更无成功的经验可借鉴,全靠探索,实际上也是一种担当。为了解决老百姓在参保缴费、异地就医结算、医保关系转移接续等方面的急难愁盼问题,全国医保人展现出敢于担当的勇气,通过深入细致的调研和科学论证,制定了包括上述基本原则在内的信息化建设方案。同时,注重先行试点、取得经验后再全面推进。2019年3月14日,国家医保局发出《关于开展医疗保障信息化建设试点工作的通知》,决定在天津、河北等16个省(直辖市)开展信息化建设试点,提出的试点目标是“通过试点工作,探索形成医疗保障信息化建设可行路径,为全面推进全国医疗保障信息平台建设积累经验”。提出试点的主要任务是夯实医保信息化试点工作基础、推进医保信息业务编码标准平稳落地、启动实施本地医保信息平台建设、稳步推进全国医保信息平台应用推广。从实际效果看,试点经验

发挥了辐射示范作用，成为最终建成全国统一、互联互通的医保信息平台的有效步骤和成功经验。从试点到全面建成医保信息平台，充分彰显了医保人敢于作为的勇气与善于作为的科学态度相统一。

上下一致合力创新是重要因素。谈起过去各自为政形成的众多信息系统“烟囱”，基层医保工作者和参保群众都深有感触，将其视为建成全国互联互通的医保信息平台的“碉堡”。但是，在统一的顶层决策部署下，通过加强统一领导和集约建设，全国医保系统建设高质量医保的大局意识空前增强，上下同心、克难攻坚、锐意创新的合力空前凝聚，一个个“碉堡”在强大合力下被逐步拆除，全新的医保信息平台终于建成。

求真务实的作风是核心因素。许多地方的基层医保工作者反映，从国家医保局领导到各地各级医保局领导，亲历亲为，和专家一起开展现场攻关，攻克了一个个难点，为医保信息化标准化翻开新篇章提供了坚强有力的组织领导和业务技术指导，这是对求真务实作风的实际解读，在建成全国互联互通的信息平台的同时，在医保系统树立了求真务实的榜样。

东风好作阳和使，逢草逢花报发生。我们已经踏上第二个百年奋斗目标的新征程。“十四五”时期，我国信息化进入加快数字化发展、建设数字中国的新阶段。医保人纷纷表示，从今天做起，抓住新阶段提供的历史机遇，再接再厉加快信息化发展，推动智慧医保建设走深走实，行稳致远，不断增强人民群众的医疗保障获得感、幸福感、安

全感。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

发扬中医特色 走“三带三管三派”创新路

来源：中国中医药报

今年以来，河南省濮阳市中医医院的骨伤、心病、康复“三大区域”中医诊疗中心逐步发挥引领作用，卒中、胸痛、创伤“三大中心”建设加快推进，北院区医养结合东扩用地、东院区建设、治未病康复综合楼建设、濮阳黄河中医药文化博物馆建设、河南省区域中医心病诊疗中心病房楼建设、老病房楼改造提升、濮阳市中药制剂中心建设等“七大工程”建设力度加大，综合救治能力大大提升，医院迈入了高质量发展新阶段。一幅以发扬中医药特色为内涵的壮丽画卷，正在龙都大地徐徐展开。

党建引领促发展

2022年2月，从濮阳市2021年度总结表彰大会传来喜讯，濮阳市中医医院党委荣获2021年度基层党建工作市直单位第7名，并颁奖授牌。该院党委书记赵来法代表医院参加表彰大会并上台领奖。本次全市共表彰市直单位10个。获此殊荣，展示了濮阳市中医医院党建工作的骄人成果。

近年来，该院发挥党委政治核心作用，明确党委在医院的领导核

心地，积极组织开展党史学习教育、能力作风建设和清廉医院建设活动，创新开展创建学习创新型医院、“十比十看十争”等活动，不断提升党建引领医院发展水平。自5月4日濮阳出现新一轮疫情以来，赵来法作为河南省优秀党务工作者、河南省“我为群众办实事”党员服务标兵，坚定站在疫情防控第一线，组建364名医务人员的核酸采集队，奔赴各社区采集点，高标准高效率完成核酸采集110万余次。赵来法还积极带领中医医院发挥中药在新冠肺炎疫情中的防治特色优势，组织人员力量熬制44600袋汤剂为濮阳市隔离人员提供医药服务，切实做好隔离人员在隔离期间生活起居和身心健康保障工作。

夯实中医药特色发展之基

古色古香的候诊大厅里，以中医文化为内容的墙壁装饰画总能吸引人驻足观看，以“悬壶济世”“大医精诚”为主题的古典屏风典雅灵秀，无声中驱散了就医者内心的焦虑和不安……走进濮阳市中医医院国医堂，浓郁的中医文化气息扑面而来。

与国医堂紧邻的中医治疗区，可以为就医者提供针灸、推拿、拔罐、艾灸、中药熏蒸、刮痧、穴位敷贴等各种中医外治服务。濮阳市中医医院综合康复科主任葛青叶介绍，自2016年成立以来，该院中医治疗区取得了长足发展，越来越多的患者认识到中医特色治疗的安全与便捷。中医特色治疗以厚重的文化底蕴、丰富的临床经验、独特的理论体系为优势，为濮阳市民身体健康作出了贡献。

中医药特色是该院的特有基因、发展之基，濮阳市中医医院时刻

倡导“中医药技术优先”的理念，充分发挥中医药在治未病中的主导作用、在重大疾病治疗中的协同作用、在疾病康复中的核心作用，为全方位全周期保障人民健康作出更大贡献，把中医药的神奇春风化雨般地带进人们的心里。目前，国家中医住院医师规范化培训基地、河南中医药大学附属医院、河南省中医类别全科医生规范化培训基地、河南省中医药科普教育基地、濮阳黄河中医药文化博物馆相继落户于此，为濮阳中医事业发展奠定了基础。

医联体筑牢健康网

近年来，濮阳市中医医院顺应医改形势，加大医改步伐，以推动建设紧密型医联体建设为医改总抓手，推动医疗卫生改革工作走深走实，在紧密型医联体建设方面迈出坚实步伐，探索出“三带三管三派”医改新模式。该模式有力促进了医改工作，带动了基层医疗机构的快速发展，让基层群众得到了实惠。

“三带”即在紧密型医联体牵头医院濮阳市中医医院领导下，对紧密型医联体医院成员医院实行“以院带院、以科带科、以师带徒”。2020年8月，濮阳市中医医院与台前县人民政府签订托管台前县中医医院协议，挂牌成立濮阳市中医医院台前分院；2021年3月，濮阳市中医医院台前分院血液透析室正式开诊，派驻经验丰富的肾病技术专家团队，解决了台前县慢性肾衰患者每周来回6次、每次奔波100公里“看病远”的问题，获得当地群众认可。

“三管”即在紧密型医联体牵头医院领导下，对紧密型医联体医

院成员医院实行“条块管理、同质管理、精细管理”。目前，在成员医院开展“高标准、高效率、全覆盖”9S打造，打造面积近5万平方米，清理各类废弃、闲置物品16余吨，大大改善了就医环境，优化了就医流程，提高了工作效率和工作质量。

“三派”即在紧密型医联体牵头医院领导下，对紧密型医联体医院成员医院实行派院长、派中层、派专家。目前，濮阳市中医医院与濮阳县中医医院和台前县中医医院2家县级公立中医医院建立了紧密型医联体关系，累计下派院长和副院长11人、中层干部74人，开设专家门诊14个。有效推动了分级诊疗制度的落地生根，在大胆探索医联体经验方面迈出了重要步伐，为当地医联体建设积累了宝贵经验。

[返回目录](#)

河南南阳：持续发力 传承创新发展中医药

来源：河南省南阳市融媒体

2021年5月，在河南省南阳市考察的习近平总书记先后来到医圣祠和南阳药益宝艾草制品有限公司，他在了解中医药发展和艾草制品产业发展情况时强调：“要做好守正创新、传承发展工作，积极推进中医药科研和创新。”习近平总书记对中医药发展的殷殷嘱托和对河南南阳中医药事业产业的关怀、重视，激励着南阳中医药人持续发力，传承创新发展中医药。

近年来，南阳市委、市政府更加重视中医药的发展。2019年，

南阳市委市政府决定成立机构、党务、人事、业务、财务独立，和卫生健康委并列的南阳市中医药发展局。开全国地市级中医药管理体制之先河，是全国首个专门组建的地市级中医药管理部门，并作为政府组成部门之一。全市 13 个县(市)区也即成立了中医药发展局。

挖掘验方绝技助中医药传承。2015 年 8 月，南阳市中医药管理局下发了《民间中医药传统特色技、方挖掘引进培育工程(“杏林寻宝”工程)实施方案》的通知。旨在挖掘一批技法独特、疗效确切、使用安全的中医药传统验方(绝方)、绝技及其传承人，引进培育一批技术成熟、方法独特、疗效突出的中医药传统技术或创新技术项目，使散落的传统中医药技术瑰宝得到收集整理利用，并加以保护和传承，助推中医药的传承与创新。

传承和弘扬仲景学术。2016 年 10 月，南阳市与北京市、河南省中医行政部门协作，共同确立创办以“传承经典，培育英才”为宗旨的仲景书院。采取回归古代书院精心研读经典，结合现代高端学院案例互动的教学方法，以定期集中经典培训和跟师培育、临床培养及自学培修相互交替的培养模式，培育仲景理论扎实，熟练运用张仲景经方防病治病的明医。

发挥中医药优势抗击新冠肺炎疫情。2020 年，新冠肺炎疫情初期，南阳在全省第一个成立中医防治领导小组、公布中医药诊疗方案，组建中医专家组深入定点医院全程参与救治，充分发挥中医药治未病优势，通过发放艾草、中药预防制剂等手段提高易感人群免疫力，覆

盖 40 多万人，为夺取疫情防控阶段性胜利发挥了重要作用。2022 年 3 月，针对新冠肺炎疫情多源多点并发的情况，邀请国医大师唐祖宣担任专家组顾问，全市县乡村所有中医机构面向就诊群众免费提供防疫中药预防茶饮。通过举办“仲景大讲堂”向辖区居民讲授中医药防病治病常识，传授八段锦等通俗易学、便于操作的中医药预防方法和措施，切实筑牢疫情防控中医药防护网。

提升南阳市中医院整体服务能力和水平。建立建强“一馆六院多中心”。“一馆”即仲景馆，传承精华守正创新，让“仲景智慧”回报于民，便捷于民，服务于民；“六院”即打造六个“院中院”，即骨伤医院、脑病医院、儿童医院、肛肠医院、肿瘤医院和康复医院，做优做强中医优势专科，造福于民；“多中心”即升级胸痛中心、治未病中心、透析中心、体检中心和信息技术中心等，多方位满足老百姓对中医药的需求。

完善中医医疗服务网络体系。助推市级中医院全部创建成“三甲”中医院，县级全部创成“二甲”中医院或择优创建三级中医院，乡镇卫生院要实现“中医堂”全落成，90%以上的村卫生所(室)要提供中医药服务全建覆盖的四级中医医疗服务网络体系，为人民群众提供触手可及的中医药服务，营造出信中医、用中医、爱中医的浓厚氛围。

实施仲景文化传播行动。自 2022 年起，将每年农历十八(即张仲景诞辰日)所在周确定为南阳市“仲景文化宣传周”。建设以医圣祠为核心，占地 684 亩，围绕仲景文化、学术传承、产业发展、祭祀拜

祖、求医问药、祈福健康、文物保护和利用为功能定位的医圣祠文化园地标建设。打造集纪念、体验、展览、文化交流、学术研究、教育培训、产业研发等“馆、祠、院”功能为一体的世界中医药文化地标、中医朝圣拜祖地、中医药文化健康旅游地、中医高端人才孵化地，着力唱响仲景品牌，打造中医圣地。快速推进张仲景国医大学复建工作，打造传承仲景学术文化、发展中医药教育、做强中医药高地。依托“国家中医药服务出口基地”平台，借助“一带一路”，引导医疗机构和企业在国外设立仲景馆、中医药培训教育基地、中药材种植基地，拓展中医药服务出口贸易，让仲景品牌走向世界。

[返回目录](#)

• DIP 改革 •

DRG/DIP 付费下，医院成本管理有哪些痛点与难点

来源：厚立医视野

公立医院从缺乏成本意识到重视医疗服务项目成本和病种成本，主要受国家层面政策推进和 DRG/DIP 付费方式改革的影响。在实践中，医疗服务项目成本核算复杂、病种成本核算受限、实施过程困难和核算结果难以转化，导致公立医院推进成本管理缓慢。DRG/DIP 付费下，公立医院应灵活采用多种核算方法，重视数据治理和信息化工作，加强核算结果运用，做好临床路径下的成本管理。

随着医改的深入推进，公立医院对外需要迎接政策规范、医保支

付的变革,对内面临后疫情时代业务收入增速放缓、收不抵支的难题。2021年《公立医院成本核算规范》(国卫财务发〔2021〕4号)出台后,鉴于成本管理的重要性,公立医院纷纷加快了成本核算的步伐。本文分析公立医院成本管理的历程以及痛点、难点,并提出相应建议,以供借鉴。

1. 公立医院成本管理变迁

我国公立医院成本管理以2010年颁布的《医院财务制度》(财社〔2010〕306号)和《医院会计制度》(财会〔2010〕27号)为标志,初步构建起较为全面的成本核算体系,大致可分为三个阶段。

1.1 成本管理 1.0 时代

期间,主要政策依据是《医院财务制度》,首次明确提出了科室成本、医疗服务项目成本、病种成本和床日成本、诊次成本的概念。但是除了科室成本有明确的归集和分摊方法外,医疗服务项目成本和病种成本并无核算方法的具体指引和实施细则。在实务中,医院基本处于自行摸索阶段。而与之配套的医保支付方式是按项目付费,加之药品耗材加成的红利,医院通过粗放型收入规模增长即可获得较好的效益,因此大部分医院只关注整体收入增长和医保结付情况,缺乏成本意识。

1.2 成本管理 2.0 时代

期间,一个重要的标志是2015年颁布的《关于加强公立医院财务和预算管理的指导意见》(财社〔2015〕263号),首次提出“要结

合医保支付方式改革和临床路径的建立开展按项目、按病种核算成本”。这个政策的重要背景是，北京市属三级公立医院 2012--2015 年全面试点完成了病种成本核算，由政府主导建立成本核算体系，形成了三级公立医院操作性较高的成本核算路径。另一个重要标志是，随着医改深入推进，药品加成和耗材加成陆续取消，主管部门开始管控不合理医疗费用，医院开始重视药耗成本占比、人均费用、管理费用率和人均产出等指标。但在实践中往往以费用作为成本、以管控人均药耗费用为目的、以单项奖惩或绩效分配为手段，医务人员被动参与，医疗行为模式并无太大改变。究其原因，这个时期的医保支付方式仍以按项目付费为主，“多做”仍能结余，医院缺乏开展成本核算的动因。

1.3 成本管理 3.0 时代

期间，国家发布了《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》（医保发〔2019〕34 号）和《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45 号）两项重要政策，加上突如其来的新冠肺炎疫情使医院业务收入下降，医院经济运营承受明显冲击，不仅倒逼公立医院加强成本管理，也让医务人员彻底改变医疗行为，主动走向成本管控。

2. 成本管理的痛点与难点

在具体实践中，公立医院成本核算推进缓慢，一方面是前期动因不足，另一方面是建立成本管理体系存在不少痛点和难点。

2.1 医疗服务项目成本核算复杂

陈韶瑁(2001)最早将作业成本法应用于我国医院成本核算,后期被广泛运用于医疗服务项目成本核算,准确性高但操作复杂。其主要采用的是时间驱动作业成本法,通过统计分析和经验判断法来判断动因。主要缺点也非常明显:一是实施周期长,对医院信息化水平和核算人员能力要求高,大型三级公立医院往往需要2—3年才能完成全院的医疗服务项目成本核算;二是受限于作业成本法的原理,一旦作业流程、人员等资源动因发生较大变化,历史成本即不再适用。而医疗服务本身不同于制造业的标准化生产,服务对象个体化差异巨大,医疗服务技术日新月异,设备、材料等资源更新换代迅速,所以很多时候耗费大量精力完成核算后,发现结果偏离实际、无法使用。

此外,现行医疗服务项目成本核算一般以医疗服务项目收费为出发点,与诊疗过程脱节,不利于形成以医疗行为为出发点的标准路径。现行的医疗服务价格体系还不完善,特别是医务人员的技术劳务价值被低估,也存在不少无收费项目、有资源消耗的医疗服务项目,而且未能实现项目价格动态调整,因此收费项目不能代表医疗行为。

2.2 病种成本核算受限

在最新一版的《公立医院成本核算规范》出台前,病种成本核算基本采用项目叠加法,所以医疗服务项目成本的核算情况直接影响病种成本核算。不少医院在核算出科室成本后,停滞在医疗服务项目成本核算环节,无法实施到病种成本。

其他核算方法，如临床路径法依赖于医院临床路径发展水平，而作业成本法以国外医院经验为主，国内实际开展较少。按疾病诊断相关分组付费(DiagnosisRelatedGroups, DRG)和基于大数据的病种分值付费(DiagnosisInterventionPacket, DIP)工具出台以前，国内对病种概念没有共同认可的定义，因此就算完成项目成本核算，医院也没有归集病种成本的统一依据。

2.3 成本核算体系实施困难

2.3.1 参与度问题

医院成本核算的管理机构设置至关重要，除了需要组建成本领导小组、成本核算办公室外，还需高水平的核算团队。由于医疗业务的特殊性，医疗服务项目的作业、病种成本模型等都需基于业务并涉及多学科才能完成，而成本核算往往只依靠财务人员实施，传统的财务人员不太可能既懂医疗业务又懂管理会计，核算结果难以得到医务人员认可，在一定程度上阻碍了成本核算的推进。

2.3.2 信息化问题

成本核算工作涉及各类复杂数据和流程，必须依靠成本核算信息系统。这不仅仅是一个单独的成本核算软件，而是需要将医院各信息系统的数据库联通，打破信息孤岛，实现各类成本数据的归集。但在实践中，不仅对成本数据的直接提取非常困难，而且各系统的成本数据不匹配，存在较大的误差，影响成本核算的效率和效果。

2.3.3 数据质量问题

一项基于北京市属医院开展成本核算的调研结果显示,约七成核算人员需要对院内各业务系统提供的原始数据进行二次处理;约八成医院认为数据质量不高是成本核算结果运用的最大制约因素。成本核算除了财务数据,还需各类业务数据,而事实是,绝大多数医院的数据无法直接提取计算,需要进行人为加工;各系统之间数据不匹配、不联动,不少分摊参数主要依靠经验和常识确定;以科室为单位的核算单元因科室合并拆分、人员变动而需要不断调整,严重制约成本核算的准确性和及时性。

2.4 成本核算结果如何转化落地

首先在内部运用上,医院如何进行成本控制和绩效评价,例如医保支付标准是否代表成本底线,医保亏损病种是否直接由科室或医生承担,如何制定切实可行的管控措施,如何提升医生参与的积极性,如何进行成本分析,如何选择成本绩效指标,如何融入现有绩效方案,如何平衡成本管控和学科发展,这些都是医院面临的问题。

其次在外部运用上,由于各地各级医院成本核算水平不一,医疗服务价格体系建设缓慢,尤其是体现医疗价值的医疗服务项目价格调整滞后,医院的成本核算结果难以体现在服务定价上;同时,由于实行区域总额预付,医保支付并不采用医院成本数据,各地医保结余不同导致很难将医院的成本核算结果应用到支付标准中。

3. 公立医院推进成本管理的思路

3.1 打好核算方式组合拳

一是多种方法结合使用。由于医疗业务的复杂性和各种核算方式的局限性，不是仅靠一种方法就能核算所有的医疗服务项目成本。现阶段项目成本核算存在作业成本法、成本比例系数法、费用成本转化法和资源消耗分类法等，医院可以结合不同类型科室、不同类别项目和不同资源消耗方式，根据自身业务特点和实施需求，灵活选择合适、高效的核算方法。在实践中，也可尝试多种方式同时开展，只要基础数据规范，并不会影响成本结果的准确性。

二是病种成本和项目成本同时开展。最新一版的《公立医院成本核算规范》明确了 DRG 成本，也首次加入了自上而下法和成本收入比法。前者是药品费、卫生材料费单独计人，将患者所在成本核算单元的其他成本，采用占用床日、诊疗时间等分摊计人，最后叠加形成病种成本；后者是将患者费用按服务单元划分，通过计算各服务单元的成本收入比值，将收入转换为成本。相比自下而上的项目叠加法，这两种方法在科室成本核算的基础上即可完成病种成本核算，推进更为便捷和灵活，可以加快成本核算的进程。

3.2 重视数据治理工作

在建立成本核算体系时，各业务体系的数据质量和标准化至关重要，一方面要梳理院内数据流、信息流；另一方面要通过规范数据字典将业务流程串联，最终实现所有成本数据的互联互通。对此，建议建立一个跨专业、多部门的联动机制，这样能够显著提升成本核算工作的效率和效果。

3.3 加强核算结果运用

一是建立综合成本分析体系，与医保支付、学科建设结合，而不是局限于财务结果本身的分析，比如可以对病种成本采用波士顿矩阵分析，找出优势病组和问题病种。

二是及时追踪和解决问题，比如对核算结果亏损的医疗服务项目进行单项分析，找出原因，对内梳理流程进行成本管控，对外及时申报服务项目价格调整。

三是融入院内绩效评价体系，将核算结果运用到医院、科室运营管理中，这样既能加速结果转化，也能让医院上下更加重视成本工作。

3.4 尝试以医嘱为出发点，而非收费项目

目前的医疗服务项目核算方法，基本是通过人员服务耗时、设备材料消耗等成本动因进行分摊，并没有考虑医疗人员技术难度和承担风险的差异。后期可以结合诊疗计划，以标准化医嘱为项目依托，增加风险、强度的权重，探索准确反映医疗行为内涵的成本核算方法。

3.5 建立专病资源消耗模型

要实现成本结果对内对外的最大化运用，最终需要根据医疗资源消耗和疾病难易程度，形成与病种对应的标准临床路径，规范诊疗过程。结合疾病诊断和治疗方式，在诊疗过程中的每个节点，通过临床路径管理，对诊疗项目进行标准化，将成本消耗控制在合理区间，监测偏离情况，从而在保证医疗质量的同时管控资源消耗。

综上，DRG/DIP 付费下的医保支付方式变革，是推动公立医院开

展成本管理的根本动力。而在开展成本核算工作时，核算方法复杂、实施过程困难和结果未能落地，导致推进滞后和效果打折。因此在实际工作中，应重视数据治理，提高数据质量，组建多学科、复合型团队，结合信息化手段推进具体工作；事后强化分析、重视问题解决和结果转化，融入绩效评价体系，最终形成与诊疗过程结合的临床路径成本管理。

[返回目录](#)

DIP 支付方式改革如何让看病就医更便宜

来源：大象新闻

少检查，少开药，住院看病，医生帮你管好账，这样的场景在郑州正在成为现实。5月底，75岁的张建明(化名)因急性胰腺炎到市中心医院治疗，出院结算时，自费部分2500元，比之前的2900元少了好几百，住院天数也缩短了3天。这种变化得益于DIP医保支付方式。

今年，根据国家、省医保支付方式改革三年行动计划，郑州市在16家医院试水基础上，制定《DIP支付方式改革三年行动计划实施方案》，对2022-2024年郑州市DIP分值付费改革工作做出安排部署。

什么是医保DIP支付方式?这种支付方式是如何让看病就医更便宜的?又是如何推进分级诊疗制度的?对话郑州市医保局价格与招标采购处处长李云杰，解析医保DIP支付方式在郑州的进展情况。

DIP 付费改革“改”在哪里?

医保支付方式改革之前，医保付费是按项目付费，不管患者得了

什么病，做一项检查、开一个药方、用一盒药品，一项一个费用，累加付费。换言之，病人治疗项目越多，医院收入越多。

显而易见，这种支付方式不改革，特别容易造成过度医疗，医保被动买单。

如何解决这个问题？“医保基金管理的原则就是收支平衡，略有结余。DIP 付费改革就是让医疗机构优化服务，合理提供治疗，让老百姓把钱花在刀刃上。”李云杰举了一个例子，如一个癌症病人要做手术，按项目付费的话，由于专业性问题，医疗机构拥有话语权，检查费用多，医保压力大，实行的这个按病种分值付费(DIP 支付)，肿瘤的手术不是按项目，而是按照提供多少服务，给多少钱，把整个治疗过程打包成一个分值，比如 100 分或者 200 分，1 分将来是多少钱，谁都不知道，年底清算的时候，医疗机构做了多少个这样的服务，把分值全部加起来之后，用住院的统筹基金总额，去除以总分值，每一分是多少钱就出来了，医院拿到了多少分，医保给你多少钱。

这种支付方式有啥好处？

猛一看，医保支付方式改革是医保基金跟医院之间的关系，跟普通参保人关系不大。其实，这项改革惠及三方利益。

“它解决了这几个问题：收支平衡问题，医疗机构推诿病人问题，按分值来付费，医疗机构可以根据自己的医疗能力来精确的计算这个项目能挣钱不，能做到什么程度，一些大处方、大治疗，主动会减少，控制成本问题。分值是一定的情况下，提供的服务越少，利润越高，

减少了过度医疗问题。同时呢，提供的服务差了，老百姓不来了，还保证了医疗服务问题。”李云杰认为，通过政策引导方式让医疗机构给老百姓做好服务和治疗，这就是DIP付费的精髓所在。

另外，随着这种方式的全面实施，每个医疗机构会根据自己的定位来找自己的服务人群，实际上，也可以给分级诊疗这种方式提供很大的便利。

16家医院先行试点2024年“全覆盖”

2021年，按照国家、省医保支付方式改革有关工作部署，郑州市结合本市实际制定《统筹推进大数据病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式改革专项工作方案》，明确医保支付方式改革任务，重点推进按病种分值付费(DIP)改革工作。

今年，在全国三年行动计划基础上，制定郑州市《DIP支付方式改革三年行动计划实施方案》，并自2022年1月起正式启动郑州市16家医院DIP实际付费试点工作。

根据实施方案，到2023年底，在全市试点和病种分组全覆盖的基础上，实现DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。到2024年底，全面完成以DIP为重点的支付方式改革任务，全市形成内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

李云杰介绍，2022年是全面进入实施阶段的一年，他们还将积极探索按床日付费办法。遴选部分更适合按床日付费的精神类、康复

类和安宁疗护类病种，研究制定按床日付费办法，实现DIP分值付费和按床日付费有效衔接，对DIP分值付费政策进行有效补充。并与省医保局加快制定中医DIP病种目录，将中医住院病种和中医优势病种逐步纳入DIP分值付费改革内容，推进中西医同病同效同价，支持促进中医药传承创新发展。

“目前，试点运营非常良好，6月份起，我们将按照DIP工作推进计划，进一步扩大DIP分值付费实际付费单位数量，印发实施精神类、康复类和安宁疗护类按床日付费办法，同时积极制定按病种分值付费(DIP)绩效考评指标。”李云杰补充道。

[返回目录](#)

• 医保飞检 •

飞检全国医保账本！核酸费用、大三甲医院都是重点

来源：第一财经

国家医保局成立以来第一次公开发布飞行检查工作方案，明确将血液透析、高值医用耗材等基金安全的高风险领域列为飞检重点，同时还提出要对违规收费，包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用等进行检查。

近日，国家医保局发布通知，将联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局开展2022年医保基金飞行检查，并随此通知发布了《2022年度医疗保障基金飞行检查工作方案》（下称“工作方案”）。

工作方案决定在全国范围内组织开展 2022 年度医疗保障基金飞行检查，飞行检查的对象为全国范围内定点医疗机构、县区级医保经办机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人；检查时间范围为 2020 年 1 月 1 日以来。这表明，今年医保飞检将倒查过去两年半期间医保基金的使用情况。

华中科技大学同济医学院附属同济医院(下称“同济医院”)巨额骗保案后，大三甲医院的骗保问题也浮出水面。一位参与飞行检查的医保人士表示，大医院一直是飞行检查的重点，目前飞行检查工作已经较为成熟，走向了制度化和常态化。

高值耗材、核酸等被列入飞检重点

国家医保局公布的《2021 年度医保基金飞行检查情况公告》显示，2021 年国家医保局联合国家卫生健康委和国家中医药管理局对全国 29 个省份的 68 家定点医疗机构的医保基金使用情况开展飞行检查工作，包括三级医院 29 家、二级医院 15 家、一级医院 22 家、医养结合机构 2 家。

国家飞行检查组在检查中发现，被检定点医疗机构存在医保管理问题和重复收费、超标准收费等多项违法违规问题，涉嫌违法违规使用医保基金 5.03 亿元。

中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜表示，今年的飞检工作方案在过去几年飞检经验和问题基础上，聚焦重点、靶向发力，对基金安全的高风险区血液透析、高值医用耗材(骨科、心内科)进行

重点检查。

工作方案要求，对定点医疗机构血液透析、高值医用耗材(骨科、心内科)等领域纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用(包括本地接收跨省异地就医人员结算费用)，医保经办机构服务协议履行及费用审核与结算支付，以及通过伪造医学相关资料、虚构医药服务项目等方式骗取医保基金行为进行检查。

针对定点医疗机构的检查包括基金使用内部管理情况，财务管理情况，病历相关资料管理情况，药品和医用耗材购销存管理情况，和分解住院、挂床住院、违反诊疗规范、违规收费(包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用)、串换项目、违规采购线下药品、未按要求采购和使用国家组织集采中选产品等行为。

廖藏宜表示，除了乱收费、重复收费、串换项目等常见的骗保行为之外，异地就医也是医保基金监管的一个短板，由于人手和数据的不足，对就医地的管理一直都比较弱，这次工作方案要求将本地接收跨省异地就医人员结算费用纳入飞行检查的范围，有助于堵上这一风险漏洞。

核酸检测是新冠肺炎疫情期间新产生的一个风险点，医疗机构承担了大量核酸检测工作，工作方案在定点医疗机构的违规收费一项中特别提出将违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用纳入飞检内容。

国家医保局 2020 年 6 月发布的《关于配合做好进一步提升新冠病毒检测能力有关工作的通知》要求，要在综合考虑新冠肺炎防控工

作需要、本地区医保基金支付能力等因素的基础上，按程序将针对新冠病毒开展的核酸、抗体检测项目和相关耗材纳入省级医保诊疗项目目录，并同步确定支付条件。

廖藏宜表示，核酸检测纳入医保之后，医保可以报销与医疗相关的核酸检测费用，如确诊病人，疑似病人的检测费用，住院病人进医院时可以报一次检测费用。

山东省的相关规定，发热门诊(哨点)患者、住院患者核酸检测费用由医保基金支付。

上述医保人士表示，此次飞行检查只对医疗机构产生的这些纳入医保支付的核酸费用的使用情况进行检查，工作方案中所指的核酸检测的违规收费是指医院多收费或不按标准收费的行为。目前个别地区在常态化核酸检测中使用医保基金的情况，不在飞行检查的范围之内。

大三甲医院迎来强监管

根据国家医保局的通报，2022年3月，国家医保局根据举报线索，对同济医院进行飞行检查。经调查发现，2017年1月~2020年9月期间，同济医院存在串换、虚记骨科高值医用耗材问题，骗取医保基金支付2334万元。

医改专家、陕西省山阳县卫生健康局原副局长徐毓才表示，同济医院骗保案说明打击骗保不论公立民营，不论医院大小，一视同仁，即使对这种“顶级医院”也是“零容忍”。这也向大医院发出了信号，

不会因为是大三甲就网开一面，“大江大海捞大鱼”，大量支出医保基金的大型公立医院将成为医保监管重点。

近年来，公立医院在高值耗材上骗取医保基金的案例屡见不鲜。除了上述同济医院，还有此前的2021年，郑州市第六人民医院被举报存在以次充好“套标”使用耗材违规结算医保基金。

廖藏宜表示，今年飞行检查的工作方案是在2020年、2021年国家一系列基金监管法律法规出台后的制度化监管安排，不是过去行政安排的运动式治理行动，飞行检查上科学性更强，工作上重点更加突出和具体，部门协作方面也更加配合。

工作方案所规定的国家飞行检查组的人员组成上，除了医保、财政、卫生部门的工作人员，还提出应有约7人的第三方机构人员。由第三方机构选派医疗、医药、财务、信息等专业人员，负责数据筛查分析等工作。

[返回目录](#)

做好飞行检查后续处理 让“监管利器”更锋利

来源：佛山市医疗保障局

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，习近平总书记高度重视医保基金监管工作，多次强调要以零容忍态度严厉打击欺诈骗保的违法行为。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确：医保飞行检查是健全监督检查制度的重要环节，是强化政府对基金监管责任的重要体现。

实践证明，飞行检查是基金监管的“利器”，有力打击了欺诈骗保行为。国家医保局组建以来，共开展飞行检查 160 组次，检查定点医药机构 336 家，查出涉嫌违规资金约 34 亿元。

近日，国家医保局、财政部、国家卫生健康委和国家中医药局联合印发了《关于开展 2022 年度医疗保障基金飞行检查工作的通知》(以下简称《通知》)，意味着 2022 年度医疗保障基金飞行检查正式启动。近年来，各级医疗保障部门在检什么、如何检等方面都作了积极探索和归纳总结。前期，国家医疗保障局在官网上公告了 2021 年度医保基金飞行检查情况，对飞行检查发现的主要问题，整改落实情况等进行了分析。笔者认为，规范飞行检查后续处理非常重要，只有规范飞行检查后续处理，才能避免“虎头蛇尾”，更好地发挥飞行检查“利器”之效，形成有效震慑。笔者结合执法实践，针对如何做好飞检后续处理浅谈几点意见。

一、限期办结

飞行检查组反馈书面意见后，地方医保部门应注意把握几个时限：

一是如已采取先行登记保存，应当在七个工作日内及时作出处理决定。

二是对可能被转移、隐匿或者灭失的资料，如已采取了封存措施的，封存的期限不得超过三十日；情况复杂的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长，但是延长期限不得超过三十日。

三是经查证属实需要适用普通程序办理案件的，应当自立案之日起九十日内作出处理决定。根据案情复杂程度或者其他原因，根据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第四十五条规定予以延长。

二、分类处理

(一) 协议处理。

经查，定点医药机构存在违反医保服务协议行为的，经办机构应根据协议约定采取以下处理方式：约谈、暂停或不予拨付费用、不予支付或追回已支付的医保费用、要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务、中止或解除医保协议。

(二) 行政处罚。

根据飞行检查结果，地方医保部门应进一步核实并固定有关证据，针对不同违法行为依法作出处理：

1. 经查证，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金支出的，依据《社会保险法》第八十七条、《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）第四十条予以处罚。

2. 经查证，定点医药机构存在分解住院、挂床住院，违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，重复收费、超标准收费、分解项目收费，串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等违法行为的，依据《条例》第三十八条予以处罚。

3. 经查证，定点医药机构存在违反《条例》第十四条、第十六条

规定的内部管理行为规范的，依据《条例》第三十九条予以处罚。

(三)其他处理。

4. 根据《条例》第四十三条规定，违反《条例》规定，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的定点医药机构，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动。关于本条的落地执行，笔者建议可以从两个方面去考虑：一方面，医保行政部门作出限制从业行政处罚后，将案件通报经办机构，经办机构应建立限制从业人员名单库，日后在审核医药机构纳入定点资格条件时，把法定代表人及主要负责人是否为限制从业人员作为核查内容；另一方面将案件通报所在地卫生健康部门，告知其所涉法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动，并由有关部门依法给予处分。

5. 根据《条例》第四十八条规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。例如违法行为给参保人员造成损失的，定点医药机构应依法承担赔偿责任。

值得注意的是：医疗保障行政部门及经办机构应按照各自职责做好飞行检查后续处理，既不能以协议处理代替行政处罚，也不能以行政处罚代替协议处理。

三、联合查处

《通知》指出，各相关部门应加强协作配合，充分发挥多部门联合执法优势，形成监管合力，做实问题定性，推动飞行检查取得实效。

笔者就如何通过“两法衔接”及“移送有关部门”的常见违法情形作如下分析。

（一）移送司法机关。

飞行检查发现违法行为涉嫌犯罪的，医保部门应当及时将案件移送司法机关，依法追究刑事责任。医保基金使用涉嫌犯罪的常见情形有：一是涉嫌以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金的；二是涉嫌以暴力、威胁方法阻碍监督检查的；三是有关人员涉嫌收受贿赂或者取得其他非法收入的；四是涉嫌非法经营犯罪的。

（二）移送其他行政部门。

根据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第十二条规定：“医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他医疗保障行政部门或其他行政管理部门管辖的，应当依法移送”。以移送药品监督管理部门及卫生健康部门为例列举如下。

1. 移送药品监督管理部门的常见情形：

（1）违反《医疗器械监督管理条例》未经许可从事第二类、第三类医疗器械生产活动，如擅自配置体外诊断试剂供患者使用。

（2）使用不符合强制性标准或者不符合经注册或者备案的产品技术要求医疗器械。

（3）使用无合格证明文件、过期、失效、淘汰的医疗器械，或者使用未依法注册的医疗器械。

（4）未经批准，医疗机构擅自使用其他医疗机构配制的制剂的或

未按批准的标准配制制剂的；

(5) 使用假药、劣药的。

(6) 从不具备合法资质的供货者购进医疗器械。

(7) 未依照本条例规定建立并执行医疗器械进货查验记录制度等。

2. 移送卫生监督管理部门的常见情形：

(1) 对重复使用的医疗器械，未按照消毒和管理的规定进行处理。

(2) 重复使用一次性使用的医疗器械，或者未按照规定销毁使用过的一次性使用的医疗器械。

(3) 未按照规定将大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械的信息记载到病历等相关记录中。

(4) 违规使用大型医用设备，不能保障医疗质量安全。

(5) 违反《医疗机构管理条例》第二十六条规定，诊疗活动超出登记或者备案范围的。

(6) 违反《医疗机构管理条例》第二十七条规定，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作的。

(7) 医师在执业活动中隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁病历等医学文书及有关资料。

(8) 未按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、放射性药品等。

(9) 未经许可擅自配置使用大型医用设备等。

四、公示曝光

对于性质恶劣、具有典型性的案件，经查处结案后，要公开曝光。根据《医疗保障系统全面推行行政执法公示制度执法全过程记录制度重大执法决定法制审核制度实施办法(试行)》规定，执法决定作出之日起 20 个工作日内，应向社会公布执法机关、执法对象、执法类别、执法结论等信息，接受社会监督。行政处罚的执法决定信息要在执法决定作出之日起 7 个工作日内公开。

五、全面整改

对检查过程中发现具有普遍性、多发性的违法违规行为，所在地医保部门应进行研究，梳理违法违规行为，组织辖区全部定点医药机构开展自查自纠、及时整改，推动形成以点带面、立查立改的放大效应。同时，要采取“到人、管用、有效”、生动活泼的宣传形式开展警示宣传教育，营造基金监管良好氛围。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

药品带量采购政策及趋势分析

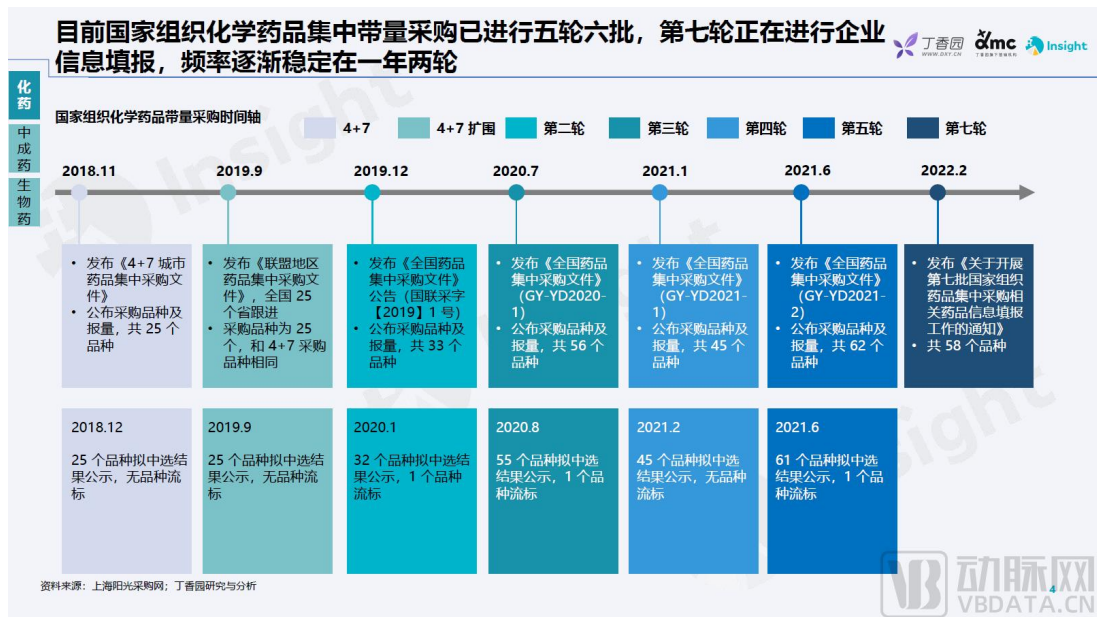
来源：动脉网

2019 年 1 月 1 日，国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》，首先在 4 个直辖市和 7 个副省级城市试点药品集采工作。

历经近 4 年的摸索与实践，集采在化学药的基础上，又向生物药和中成药有序拓展，迄今已累计节约节约医保资金 2600 亿元以上，医药产业的发展格局也为之重新塑造，药品研发、生产、流通、使用各方良性竞争、合作共赢的局面初步形成。

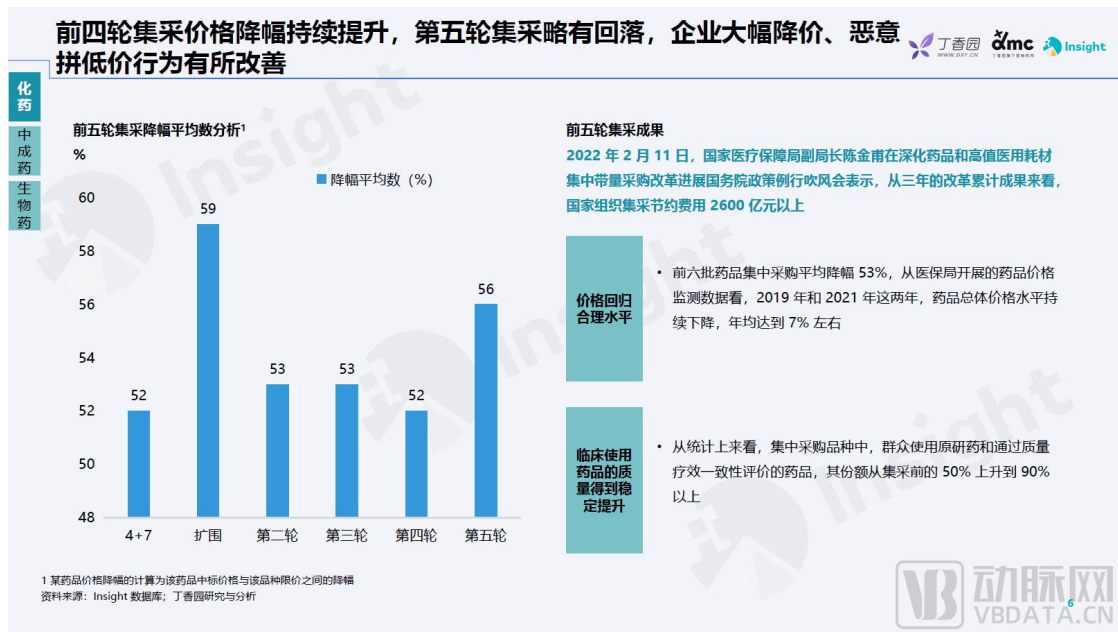
集采常态化落地，纳入品种持续扩面

药品带量集中采购是将通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品 的质、量、价结合在一起进行集中采购，从而达到保证药品质量、降低药品价格的目的。早期我国仿制药市场竞争格局分散，国家在 2015 年正式开始推进一致性评价，2018 年已经有部分品种通过了一致性评价。



在此基础上，国家启动带量集采，截止目前，带量集采已进行六批七轮。第七批正在进行企业信息填报，频率逐渐稳定在一年两轮。数据显示，前六批药品集中采购平均降幅 53%，而且 2019 年和 2021 年这两年，药品总体价格水平呈持续下降态势，年均达到 7% 左右，

较好实现了引导药品价格回归合理水平的目的。



在中成药领域，省级(联盟)集采扮演了先行先试的角色，2021年底至今，湖北、广东联盟已开展较大规模中成药省级集采。湖北集采通过价格和技术两个维度综合评估选择拟中选厂家，而广东只根据价格降幅确定中选厂家，但设置备选机制使参与企业有保底性。

中成药省级集采和国采均面临质量难以评价和分组困难等难点，但湖北联盟和广东联盟集采可为未来国采提供相关经验借鉴

中成药集采的难点及湖北、广东联盟的解决方法	难点	湖北联盟解决方法	广东联盟解决方法
质量难以评价	• 中成药之间的质量、疗效等方面没有统一的、能够令大众信服判断标准	• 在选择入围企业阶段，把质量纳入技术评价得分的评估中	• /
分组存在难度	• 中成药存在配伍、组方上的近似或差异，以及同方异名的情况，因此很难像化学药按通用名分组	• 医保局规定好分组，根据产品的功能主治、给药途径和成分分组	• 根据处方进行分组，处方相同而药品名称不同的药品原则上予以合并一组；药品名称相同或相似而处方不同的药品按照组方或成分区分为不同组

- 对于中成药的国采来说，必须在保证充分竞争和降价的同时保证质量和供应，这是中成药无法进行一致性评价，不能将不同厂家质量水平拉齐的必然结果，对此湖北联盟和广东联盟的措施可供国采借鉴
- 针对供应问题，湖北和广东联盟联盟的解决方法是按照医疗机构认可度和市场覆盖将企业进行分组，分开竞争，确保大企业的供应
- 针对质量问题，湖北将质量评分纳入企业入围考核标准中，且两省均尊重医疗机构意愿，由其选择采购中标产品

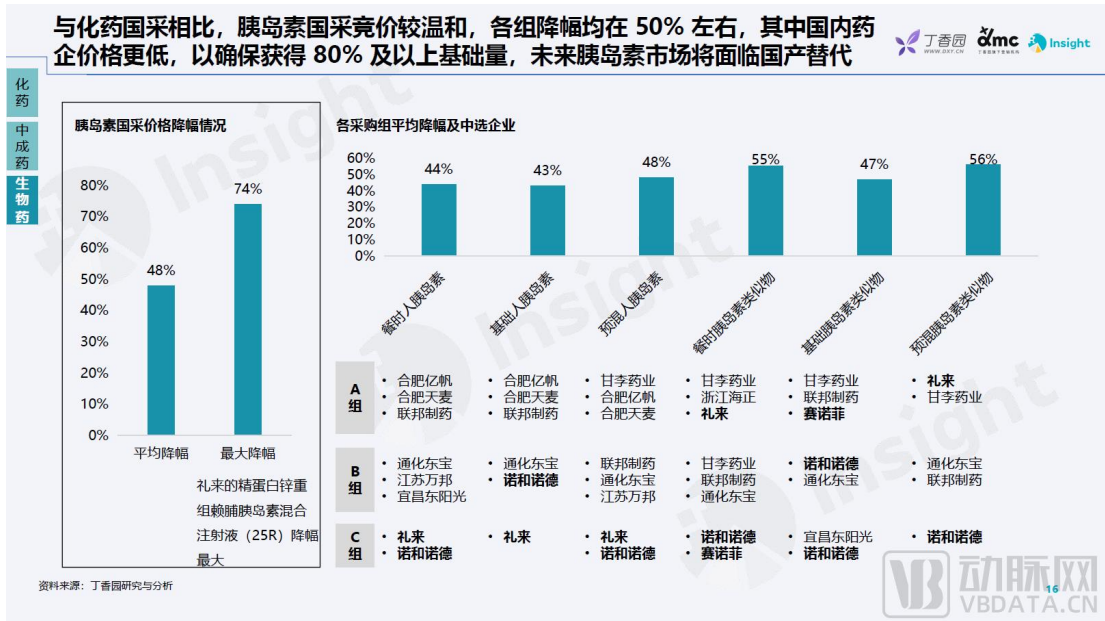
资料来源：丁香园研究与分析

尽管中成药省级集采和国采均面临质量难以评价和分组困难等

难点，但湖北和广东集采汲取到的经验可为未来国采提供重要参考。

在生物药领域，继武汉胰岛素探索后，国家医保在 2021 年开展了胰岛素专项集采。相比武汉规则，胰岛素国采更加鼓励企业大幅降价，并采取精准报量方法，对于新进入厂家来说需要拼低价以获得较高的市场增量。

综合来看，与化药国采相比，胰岛素国采竞价较温和，各组降幅均在 50% 左右，其中国内药企价格更低，以确保获得 80% 及以上基础量，可以预见，未来胰岛素市场将面临国产替代。



单抗类生物药在省级集采中亦有突破，广东 11 省联盟首次把利妥昔单抗纳入省级集采中，最终信达生物因价格最低获得拟中选资格，罗氏和复宏汉霖获得拟备选资格。预计未来集采将优先纳入临床使用成熟和市场规模较大的单抗类生物类似药，如贝伐珠单抗、阿达木单抗等。

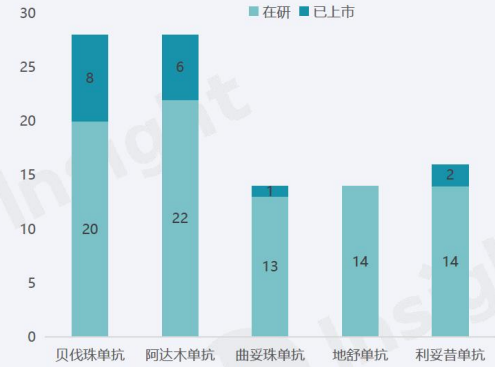
预计未来集采将优先纳入临床使用成熟和市场规模较大的单抗类生物类似药
贝伐珠单抗、阿达木单抗等品种研发热度较高

丁香园 αmc Insight

化药
中成药
生物药



中国研发热度较高的 TOP 5 生物类似药 (不包括原研药)



资料来源: Insight 数据库; 丁香园研究与分析, 时间截止2022.5.20

云力月承 19
VBDATA.CN

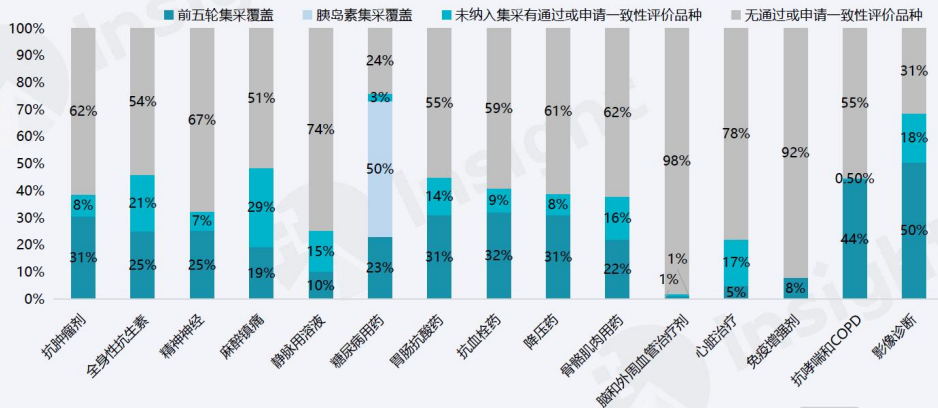
国省紧密联动，应采尽采成为主旋律

随着国家集采进入到不断扩围的常态化实施阶段，入围品种数量不断扩大，迄今六批集采已覆盖 234 种药品。各疾病市场正逐渐被集采药物所占据，例如「4+7」至今，降脂药领域集采品种已占据 75% 的市场，且整体市场规模已缩水 50%。影像诊断、糖尿病用药销售额也已被集采占据超 50%。

随着国家组织化学药品带量采购不断推进，各疾病市场正逐渐被集采占据，
比如影像诊断、糖尿病用药销售额已被集采占据超过 50%

丁香园 αmc Insight

TOP 15 治疗领域销售额¹分布



¹ 指百张床位以上医院销售数据
资料来源: 公开数据; 丁香园研究与分析

云力月承 21
VBDATA.CN

对于国家集采的发展趋势，从 2021 年以来国务院办公厅相继印发的《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》、《国务院办公厅关于印发「十四五」全民医疗保障规划的通知》及《关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》等一系列重磅文件中即可见一斑。

这些文件不仅将药品集中采购制度化、常态化，而且要求到 2025 年各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购品种达 500 个以上。可以预见，未来集采将以 500 个品种为中心，快速扩散，辐射到目前临床在用的全部品种，做到应采尽采。

与此同时，经历了 2019-2020 年的探索期和爆发期后，省级集采已进入稳步发展期，并开始在新形势下承担起新的使命。

首先，省级集采需要与国采共同完成应采尽采的目标。2022 年 4 月 7 日，国家医保局召开首次全国医药集采机构工作会，明确了到年底各省份(含省际联盟)自行开展集采的药品品种数累计不少于 100 个的目标，并且须包含化学药、中成药以及骨科创伤、口腔种植体、药物球囊等耗材。

其次，国采采购期满后的续约工作由各省组织，因此省级集采或省际联盟集采需要担当国采品种续约的责任，并需坚持招采合一、量价挂钩，稳定当前价格，保障中选企业利益，确保药品正常供应。

最后，省级集采还承担着生物类似药、中成药等特殊品种的探索性工作。2019 年武汉胰岛素集采拉开了生物药集采的序幕。2021-2022

年，广东联盟、湖北省等顺利开展了中成药集采探索，为后续中成药纳入国采奠定了良好基础。

面对集采带给医药行业的颠覆性改变，企业必须积极因应方能尽快度过「阵痛期」并找到突围之道。鉴于此，建议企业一方面可以通过补充大品种，布局一致性评价，积极参与国家集采，并根据自身情况制定省级集采的参与策略；另一方面也可以聚焦于集采未覆盖的院外市场，在打造与经营品牌形象，影响消费者购买取向的同时，瞄准暂时不纳入集采的品种，抓住非集采品种发展的窗口期。

[返回目录](#)

《互联网诊疗监管细则（试行）》正式实施，划了哪些监管红线？

来源：vbdata

近日，互联网医疗重磅政策《互联网诊疗监管细则(试行)》(以下简称《细则》)正式发布并开始施行。

与2021年的《互联网诊疗监管细则(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》)相比，试行版文件整体变化不大，仍将重点放在互联网诊疗全流程的质量和安全监管上，整体目标仍然是促进互联网诊疗健康发展。

不过，《细则》中关于病历记录及保存、线上处方开具、处方药销售、人工智能应用红线等的表述更加细致，为监管落地进一步明确了标准。

《细则》是针对近年来互联网医疗行业实践中的现实问题所制定，

与从业者息息相关。具体来看，《细则》意在解决行业中哪些问题？划出了哪些红线？实施后对行业有何影响？动脉网访谈多方人士，进行了解读。

监管主题延续，完善更多细节

此次文件在 2021 年进行了公开意见征集，两版文件内容既有延续，又有细节差异。

2021年 《互联网诊疗监管细则（征求意见稿）》	2022年 《互联网诊疗监管细则（试行）》
医师接诊前需进行实名认证，确保由本人接诊。其他人员、人工智能软件等不得冒用、替代医师本人接诊。	医师接诊前需进行实名认证，确保由本人 提供诊疗服务 。其他人员、人工智能软件等不得冒用、替代医师本人 提供诊疗服务 。
医疗机构应当将开展互联网诊疗活动的医务人员信息与省级监管平台共享，包括身份证号码、照片、相关资质信息、执业地点、临床工作年限等必要信息。	医疗机构应当将开展互联网诊疗活动的医务人员信息上传至省级监管平台，包括身份证号码、照片、相关资质、执业地点、执业机构、 执业范围 、临床工作年限等必要信息。
患者就诊时应当提供具有明确诊断的病历资料，如门诊病历、住院病历、出院小结、诊断证明等，由接诊医师判断是否符合复诊条件，并采集证明患者已经确诊的纸质或电子凭证信息。	患者就诊时应当提供具有明确诊断的病历资料，如门诊病历、住院病历、出院小结、诊断证明等， 由接诊医师留存相关资料，并判断是否符合复诊条件 。
互联网诊疗病历记录按照门诊电子病历的有关规定进行管理，诊疗过程中的图文对话、音视频资料等应当全程留痕、可追溯，并向省级监管平台开放数据接口，保存时间不得少于15年。	互联网诊疗病历记录按照门诊电子病历的有关规定进行管理，保存时间不得少于15年。 诊疗中的图文对话、音视频资料等过程记录保存时间不得少于3年 。
—	互联网医院变更名称时，所保管的病历等数据信息应当由变更后的互联网医院继续保管。 互联网医院注销后，所保管的病历等数据信息由依托的实体医疗机构继续保管。所依托的实体医疗机构注销后，可以由省级卫生健康主管部门或者省级卫生健康主管部门指定的机构按照规定妥善保管。
医疗机构开展互联网诊疗活动应当严格遵守《处方管理办法》等处方管理规定，加强药品管理，禁止统方、补方等问题发生。医疗卫生人员的个人收入不得与药品和医学检查收入相挂钩。	医疗机构开展互联网诊疗活动应当严格遵守《处方管理办法》等规定，加强药品管理。 处方应由接诊医师本人开具，严禁使用人工智能等自动生成处方。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。严禁在处方开具前，向患者提供药品。严禁以商业目的进行统方。
医疗机构或医务人员不得违规转介患者、指定地点购买药品耗材等。	医疗机构要自觉加强行风建设， 严格执行《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》 等有关规定，医务人员的个人收入不得与药品收入相挂钩， 严禁以谋取个人利益为目的转介患者、指定地点购买药品、耗材等。

《互联网诊疗监管细则(试行)》和《互联网诊疗监管细则(征求意见稿)》部分内容对比(红色为变更内容),资料来源:国家卫健委官网

此次《细则》要求确保医师本人接诊,其他人员、人工智能软件等不得冒用、替代医师本人接诊。《征求意见稿》将“接诊”改为“提供诊疗服务”,可以涵盖线上诊疗的所有环节,包括接诊后的诊断、开方等等;诊疗服务由医生本人提供,是医疗安全的重要保障。

电子病历是进行医疗质量控制的载体。《细则》既要求互联网诊疗病历记录按门诊电子病历的有关规定管理,保存时间不得少于15年,还要求图文对话、音视频资料等过程记录保存时间不得少于3年。

《征求意见稿》规定,提供互联网诊疗的医疗机构建立退出机制,但未明确退出机制下如何处理病历资料。对此,《细则》进行了详细补充:互联网医院更名后,病历等数据信息由变更后的互联网医院继续保管;互联网医院注销后,由依托的实体医疗机构继续保管;所依托的实体医疗机构注销后,可由省级卫生健康主管部门或者省级卫生健康主管部门指定的机构按照规定妥善保管。

明确各种条件下的去向,使得病历记录按要求进行保存更具可操作性。

《细则》对处方开具、处方药销售等也有更多表达,并明确指出“严禁使用人工智能等自动生成处方”。事实上,在“确保医师本人提供诊疗服务”的相关规定中,已经包含了禁止人工智能开具处方的

意思，此处再次单独强调，体现了对行业内实际问题的回应。

对于药品回扣线上化问题，《细则》中明确：要严格执行《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》（以下简称《九项准则》）等有关规定。

《九项准则》于2021年11月由国家卫健委、国家医保局和国家中医药局联合印发，是2013年《加强医疗卫生行风建设“九不准”》的升级版，也是医疗机构工作人员从业中的红线。《九项准则》包括不接受商业提成、不牟利转介患者、不收受企业回扣等要求，被整体列入《细则》，更加说明线上线下应该以一致的标准对待。

不只是两版文件有延续，银川互联网+医疗健康协会秘书长傅虹桥表示，《细则》整体上也是对2018年《互联网诊疗管理办法（试行）》等3个文件要求的延伸和细化，并非要将行业“严管”起来。

广东省第二人民医院互联网医疗中心主任周其如称，2018年以来，互联网医疗快速发展，却存在全国不平衡的现象，如果没有疫情，不平衡现象可能更严重；行业发展过程中，又出现了一些误区。“针对这些问题，〈细则〉通过更清晰、可操作性更强的规定，来实现全国统一、更加规范的管理。”

怎样聚焦医疗质量与安全？

医疗质量和安全是《细则》的核心，文件也提出了整体原则，即“开展线上线下一体化质控”。

疫情以来，互联网医院数量实现规模化增长。尽管《互联网医院

管理办法(试行)》制定了互联网医院基本标准,但由于各省份互联网医院审批政策有差异,也因此形成了各地线上线下有着不同类型的“绑定”状态;部分地区可以多家互联网医院依托一家实体医疗机构,部分只能“一对一”。

无论是哪种状态,线上线下一体化质控都提出了更高的要求,互联网医疗企业的挑战与机遇并存。

微医相关负责人表示,按照《细则》“线上线下一体化监管”的要求,互联网诊疗要与实体机构提供的诊疗服务做到最大限度的“同质”。《细则》还强调,互联网医院需按规定日期进行校验,设置专门部门管理医疗质量、医疗安全等,并能够引导患者到实体医疗机构就诊,这些都将大幅度提高互联网医院建设、运营及维持成本,对互联网诊疗平台线上线下综合服务能力也形成了考验。未来,具备互联网医疗基础设施及相关的技术能力、运营管理经验将成为合规运营的重要前提。

“医疗质量与安全、生命与健康丝毫容不得妥协,这是行业必须实现合规经营的原因,只有基于此行业才谈得上持续发展、提质提效。”该负责人提到,这也意味着需要给行业制定明确的标准和规则,让每一个主体有章可循、有规可依,《细则》相关规定的意义就在于此;未来,相信《细则》逐步落实过程中,能促进行业加强对质量与安全的重视,在这一基础上再去创新服务和产品,为患者提供更优质、高效的服务,来实现自身的快速发展。

好大夫在线创始人兼 CEO 王航还注意到,《细则》要求互联网诊疗的电子病历应当与所依托的实体医疗机构电子病历格式一致。“这对从业者提出了不小的挑战,因为线上线下诊疗特点不同,这条规定如何实现需要行业共同探索。”

在王航看来,医疗质量管理是所有从业者都必须高度重视的问题,是安身立命之本;企业必须做到严格执行,真正在为患者提供有价值的服务基础上,建立良性的业务发展模式。同时,《细则》明确了平台对医生的责任,必然会推动平台优化医生工作系统,建立对医生的培训、考核、激励、监管等管理机制,帮助医生高效、优质地服务患者。

微脉互联网医院与平台中心总经理吴子威则认为,随着国家对互联网诊疗监管措施的不断完善与细化,行业将往更规范化的方向发展。互联网医疗的高速发展为大众提供了巨大的便利和实惠,同时还需保证质量和安全;这要求互联网医疗回到服务本身,聚焦如何面向全人群,去提供普惠的、全方位、全周期的服务,同时又能满足人们多样化、多层次的医疗健康服务需求。

如何加强处方和处方药销售合规?

动脉网了解到,从业者对《细则》中处方及处方药的相关规定尤为关注,这也是医疗质量和安全的两项关键要素。

京东健康相关负责人表示,一直密切关注行业政策和监管法规,也在期待此次《细则》出台。文件中关于禁止人工智能自动生成处方、

医生收入不能和药品销售挂钩等的要求都符合行业和大众期待。“这也利于进一步规范互联网诊疗行为，对合规经营的企业是一种保护和支持，我们也始终关注和重视医疗服务的专业化和标准化建设，以确保为用户提供安全、便捷、可信赖的互联网医疗服务。”

《细则》规定，处方应由接诊医师本人开具，严禁使用人工智能等自动生成处方。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。严禁在处方开具前，向患者提供药品。严禁以商业目的进行统方。

上述规定正面回应了业内曾出现的购药补方、AI开方等问题。

“在许多平台以药品销售作为重要收入来源的情况下，对处方和处方药相关规定的关注在情理之中。”中国社会科学院健康发展研究中心副主任陈秋霖认为。

按照陈秋霖的解读，《征求意见稿》要求“严禁在处方开具前，向患者提供药品”，有两层含义：第一，如果患者要求购买处方药，却没有已确诊某种疾病的病历资料，全凭自述疾病和症状，而平台为了满足凭处方售药的规定，针对性给患者开处方的，这显然是违规，既是“补方”，也是初诊。第二，如果患者在有完整病历资料的情况下要求开药买药，这就需要根据具体情况判断是否属于复诊；如果是复诊，即按照问诊、开具处方、审核处方等的一系列流程进行。

关于明确禁止人工智能开处方，陈秋霖提到，人工智能作为新兴技术，应用尚未成熟，即使在线下也只能作为医生辅助，线上也理应如此。“同时，这不只是技术问题，还涉及伦理问题。”

当前，“医+药”模式已成为业内常态，互联网医疗平台普遍建立自营药房、开展线上线下药店合作，进行药品销售；医药电商平台、医药 O2O 平台等也通过自建互联网医院、与第三方合作等方式，解决处方来源。一些综合型大平台有着规模不小的线上接诊量、药品订单量，在业务量增长的同时，服务流程、技术等真正的合规不容忽视。

华卓科技相关负责人表示，如果平台受商业利益驱使，罔顾监管要求与患者诉求，不仅有悖于远程问诊和线上开方的初衷，也无法保障患者的用药安全。作为技术型企业，也应基于国家最新监管要求与最严标准来建设互联网医院；充分调动医学资源、辅助医生进行决策，但又不直接面向患者提供问诊、开方服务。

行业新格局下企业怎样立足？

整体上看，《细则》中出现了 38 次“应当”、4 次“严禁”，给行业划定标准和红线。“如果没有规范的监管，行业很难有长足的健康发展。”周其如提到，《细则》将过去模糊的概念定义得更清晰，明确了准入和退出机制，互联网医疗的行为边界更明确；《细则》既强调了互联网医疗主体责任，又有利于解决平台建设规范、服务乱象等问题，有利于行业发展的趋势是显而易见的。

陈秋霖坦言，可以预见，行业可能会迎来一些结构性调整。首先，此前打擦边球的企业违规风险高，需要花更多精力在合规经营上；这类企业的业务空间被压缩，为注重“严肃医疗”的企业腾挪出更多空间，让互联网诊疗回归业界称之为的“严肃医疗”定位。其次，行业

少一些因不合规产生的负面消息，用户对这种新业态的接受程度会越高，企业也因此会受到正面促进。最后，从商业角度看，迫使企业思考如何降低对药品收入的依赖，优化收入结构。

医联相关负责人表示，《细则》的出台开启了互联网医疗行业的新阶段，进一步明确了要围绕互联网诊疗健康发展这一目标，以实体医疗机构为依托、以信息化为支撑，针对医疗机构、人员、服务质量和安全展开规范监督。企业应深入探索医疗与数字技术的融合，为全行业的健康、规范、可持续发展做出贡献。

无论如何，互联网医疗的行业格局较前几年已发生了巨大变化，尤其是公立互联网医院的力量势不可挡。因疫情防控需要，上海 89 家公立互联网医院甚至已可提供跨院复诊和配药，迈出了公立互联网医院信息互联互通的一大步。

新规实施后，公立互联网医院继续执行线上线下一体化管理、真实的互联网诊疗服务等要求，面临的挑战小。对企业来说，需在整体利好的行业环境下，进一步明确在新格局中的定位，并严格以《细则》为标准、甚至高于文件标准做自我要求，才能更好立足。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858